Psychologie

Das klienten-zentrierte Konzept der Gesprächspsychotherapie und die "therapeuten-zentrierte" Erwartungshaltung des Klienten : Eine empirische Untersuchung über die Effekte vortherapeutischer Beeinflussung falscher Klientenerwartungen auf den Therapieverlauf

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der
Philosophischen Fakultät
der
Westfälischen Wilhelms-Universität
zu
Münster (Westf.)

vorgelegt von

Karin Suckert - Wegert

aus Ostkilver

1976

Psychologie

Das klienten-zentrierte Konzept der Gesprächspsychotherapie und die "therapeuten-zentrierte" Erwartungshaltung des Klienten :

Eine empirische Untersuchung über die Effekte vortherapeutischer Beeinflussung falscher Klientenerwartungen auf den Therapieverlauf

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der
Philosophischen Fakultät
der
Westfälischen Wilhelms-Universität
zu
Münster (Westf.)

vorgelegt von

Karin Suckert - Wegert

aus Ostkilver

1976

Tag der mündlichen Prüfung: 26. 11. 1976

Dekan: Professor Dr. L. Budde
Referent: Professor Dr. L. Kemmler
Korreferent: Professor Dr. H. Bommert

Ich danke Herrn Professor Dr. Hanko Bommert und insbesondere Frau Professor Dr. Lilly Kemmler für die zahlreichen Anregungen und Hinweise, die ich während meines Studiums und bei der Erstellung dieser Arbeit erhielt.

Meinen zusätzlichen Dank möchte ich allen denjenigen aussprechen, die durch ihre Unterstützung die Durchführung dieser Arbeit ermöglichten.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547226_0007

Inhaltsverzeichnis Seite

0.	Einleitung	1
1.	Entwicklung der Fragestellung aus der eigenen therapeutischen Praxis	3
2.	Entwicklung der Fragestellung aus dem Konzept der GT	5
2.1.	Stellenwert von 'Direktivität des Therapeuten' und entsprechender 'Erwartung des Klienten' im ursprünglichen GT-Konzept von ROGERS	5
2.1.1.	ROGERS' weltanschauliche Ausrichtung als Grundlage seines GT-Konzepts	8
2.1.1.1.	ROGERS über 'Realität'	11
2.1.1.2.	ROGERS über 'Wissenschaft'	12
2.1.1.3.	ROGERS über 'Individuum'	13
2.1.1.4.	ROGERS über 'Gesellschaft'	14
2.1.1.5.	ROGERS' Therapeuten-Konzept als Ergebnis seines subjektiven Idealismus	15
2.2.	Kritik am Menschenbild und Therapiekonzept von ROGERS	16
2.3.	Die weitere Entwicklung des GT-Konzepts in den USA	19
2.3.1.	Die 'reflective psychotherapy'	20
2.3.2.	Die 'experiential psychotherapy'	21
2.4.	Merkmale des GT-Konzepts in der BRD	24
3.	Entwicklung der Fragestellung unter Einbeziehung der wichtigsten empirischen Forschungsergebnisse	29

Seite

3.1.	Untersuchungen zum Thema 'Therapieabbruch'	31
3.1.1.	Zur Begriffsdefinition des 'Terminators'	31
3.1.2.	Charakteristische Merkmale des 'Terminators'	35
3.1.3.	Zusammenfassung	37
3.2.	Die Variable 'Erwartung' und ihr Bezug zum Therapieabbruch	38
3.2.1.	Prognostische Klientenerwartungen, Placebo-Effekt und Spontane Remission	39
3.2.1.1.	Placebo-Effekt und Erwartungshaltung	39
3.2.1.2.	Spontane Remission: 'non-specific therapy' Remission	41
3.2.2.	Prognostische Erwartungen des Klienten	42
3.2.2.1.	Erwartungen zum Therapieerfolg	43
3.2.2.2.	Erwartungen und Motivation	46
3.2.2.3.	Kulturbedingte Erfolgserwartungen	48
3.2.2.4.	Erwartungen hinsichtlich der Länge der Therapie	49
3.2.2.5.	Fazit	50
3.2.3.	Prognostische Erwartungen des Therapeuten	50
3.2.4.	Prognostische Erwartungen und Therapieabbruch	53
3.2.5.	Rollenerwartungen in der Therapie	56
3.2.5.1.	Rollenerwartungen des Klienten an den Therapeuten	56
3.2.5.2.	Rollenerwartung des Therapeuten an den Klienten; Interdependenz	57
3.2.5.3.	Rollenerwartung und soziale Schicht	58
3.3.	Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse und der sich daraus ergebenden Konsequenzen	61
3.4.	Möglichkeiten der Veränderung von Rollenerwartungen beim Klienten	63
3.4.1.	Das 'Role Induction Interview' (RII)	63

Seite

3.4.2. 'Vicarious Pre-Therapy Training' (VPT) 65

4. Theoretische Analyse des Gegenstandsbereiches 69
4.1. Grundmerkmale einer Theorie des menschlichen Handelns 70
4.1.1. Strukturtypen menschlicher Tätigkeit 71
4.1.2. Die psychische Struktur der menschlichen Tätigkeit 72
4.1.2.1. Ein Modell der psychischen Regulation von Handlungen 73
4.1.2.2. Die Funktion der 'Erwartung' im psychischen Regulationsprozeß 77
4.1.3. Zusammenfassung 79
4.2. Therapievorinformation als Lern- und Verhaltensänderungsprozeß 79
4.3. Analyse des Informationsverarbeitungsprozesses 81
4.3.1. Therapievorinformation als Informationsaustausch 81
4.3.2. Grundbedingungen einer optimalen Informationsverarbeitung 81
4.3.3. Die psychische Erscheinung 'Erwartung' als Verursacher inadäquater Informationsverarbeitungen 82
4.3.3.1. Die Orientierungsreaktion 83
4.3.3.2. Die Entscheidungsbildung 85
4.4. Zusammenfassung 88

5. Hypothesen 89

6. Methodisches Vorgehen 95
6.1. Allgemeiner Untersuchungsplan 95
6.2. Beschreibung der Klienten- und Therapeutenstichprobe 98

Seite

6.2.1. Stichprobenauswahl 98
6.2.2. Klientel 99
6.2.3. Therapeutenpopulation 100
6.3. Untersuchungsverlauf 101
6.3.1. 1. Testsitzung 101
6.3.2. Gruppenbildung 102
6.3.3. 2. Testsitzung 104
6.3.3.1. GT-Einführungen 105
6.3.3.1.1. Einführungsbeispiel I 106
6.3.3.1.2. Einführungsbeispiel II 108
6.3.3.1.3. Einführungsbeispiel III 111
6.3.4. Therapiephase 114
6.3.4.1. Klienten- und Therapeutenzuteilung 114
6.3.4.2. Informationen für die Therapeuten 115
6.3.5. 3. Testsitzung 116
6.4. Die Meßinstrumente 117
6.4.1. Auswahl der Meßinstrumente 117
6.4.1.1. FEK I - Fragebogen zur Erfassung der Klientenerwartungen 118
6.4.1.1.1. Fragebogenkonstruktion 118
6.4.1.1.1.1. Itemauswahl 118
6.4.1.1.1.2. Sprachliche Form der Items 119
6.4.1.1.1.3. Antwortkategorien 122
6.4.1.1.1.4. Zusammenfassung der Fragebogenausgangsform des FEK I 122
6.4.1.1.2. Fragebogenüberprüfung 126
6.4.1.1.2.1. Überprüfung auf sprachliches Verständnis 126
6.4.1.1.2.2. Überprüfung der Items auf Konformität bzw. Nicht-Konformität mit dem GT-Konzept (Inhaltsvalidität) 126
6.4.1.1.2.3. Reliabilität 127
6.4.1.1.2.3.1. Konsistenzprüfung 128
6.4.1.1.2.3.2. Retestreliabilität 130

Seite

6.4.1.1.2.3.3. Item-Interkorrelation zwischen Annahme- und Wunschteil 131

6.4.1.1.3. Itemanalyse 133

6.4.1.1.4. Endform des FEK I 134

6.4.1.1.5. Zusatzform des FEK I (FEK II) 134

6.4.1.1.6. Faktorenanalyse des FEK I (Endform) 138

6.4.1.1.6.1. Faktorenanalyse des FEK I A (Annahmeteil) 139

6.4.1.1.6.2. Faktorenanalyse des FEK I W (Wunschteil) 142

6.4.1.1.6.3. Interpretation der Faktorenanalyse 146

6.4.1.1.7. Zusammenfassende Beurteilung des FEK I 147

6.4.1.2. FPI - Freiburger-Persönlichkeits-Inventar 147

6.4.1.3. LPS - Leistungs-Prüf-System 149

6.4.1.4. E.N.NR. - Fragebogen zur Erfassung der Extraversion, Neurotischen Tendenz und Rigidität 149

6.4.1.5. TNB - Therapie-Nachbefragungsbogen 150

6.4.1.6. Therapiebegleitende Meßinstrumente 151

6.4.2. Zusammenfassende Betrachtung der Meßinstrumente 152

7. Darstellung und Interpretation der Ergebnisse 153

7.1. Überprüfung der Daten auf Normalität 153

7.2. Statistische Verfahren 154

7.3. Nähere Kennzeichnung der Klientenstichprobe 155

7.3.1. Persönlicher und sozioökonomischer Hintergrund des Klientels 155

7.3.2. Die Erwartung der Klienten an den Therapeuten 158

Seite

7.3.3. Charakterisierung des Klientels nach dem Störungsausmaß 163
7.3.4. Zusammenhang zwischen Störungsausmaß und Erwartung 166
7.3.5. Zusammenfassung und Beantwortung der Hypothese 1 167
7.4. Vergleich der vier Experimentalgruppen hinsichtlich der Erwartung und des Störungsausmaßes 169
7.4.1. Gruppenvergleich hinsichtlich der Erwartungen 169
7.4.2. Gruppenvergleich hinsichtlich des Störungsausmaßes 173
7.4.3. Zusammenfassung 176
7.5. Auswirkungen der GT-Einführungen auf die vorliegenden Erwartungen der Klienten 177
7.5.1. Generelle Auswirkungen 178
7.5.2. Auswirkungen in den vier Experimentalgruppen 180
7.5.3. Zusammenfassung und Beantwortung der Hypothese 2 188
7.6. Das Therapieverhalten der Klienten 190
7.6.1. Ansprechen der Erwartungen in der 1. Therapiestunde 191
7.6.2. Anzahl der Therapiestunden 194
7.6.2.1. Gruppenvergleich hinsichtlich der Therapiestundenanzahl 194
7.6.2.2. Vergleich der 'Terminators'- und 'Remainers'-Gruppe bezüglich des Erwartungsänderungsausmaßes 196
7.6.3. Veränderungen nach der Therapiebehandlung 199
7.6.3.1. Die Therapeuten 199
7.6.3.1.1. Einschätzungen durch die Trainer 200
7.6.3.1.2. Einschätzungen durch die Klienten 202
7.6.3.2. Veränderungen anhand 'objektiver' Daten 203
7.6.3.3. Veränderungen anhand 'subjektiver' Daten 206

Seite

7.6.3.3.1. Nachträgliche Beurteilung des Therapeutenverhaltens 206
7.6.3.3.2. Beurteilung der Gesamttherapie 207
7.6.4. Zusammenfassung und Beantwortung der Hypothese 3 213

8. Zusammenfassende Betrachtung der empirischen Untersuchung und Diskussion der Ergebnisse im Hinblick auf Forschung und Praxis 217
8.1. Zusammenfassung des Untersuchungsziels und -verlaufs 217
8.2. Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse 219
8.3. Schlußfolgerungen für die weitere Forschung 221
8.4. Schlußfolgerungen für die gesprächspsychotherapeutische Praxis 225

9. Zusammenfassung 229

10. Literaturverzeichnis 231

11. Anhang 245
11.1. Tabellen und Abbildungen 246
11.2. Informations- und Fragebögen 268

0. Einleitung

In der vorliegenden experimentellen Untersuchung soll geprüft werden, ob mit dem Gesprächspsychotherapie-Konzept unvereinbare Erwartungen des Klienten durch die gängige Praxis der Therapieeinführung tatsächlich so verändert werden können, daß dieser seine anfänglich falschen Erwartungen zugunsten des Konzepts korrigiert und somit in die Lage versetzt wird, die angebotene Therapie voll für sich zu nutzen und zu einem erfolgreichen Ende zu führen.

Als eindeutig mit dem Konzept der klienten-zentrierten Gesprächspsychotherapie (im folgenden abgekürzt: GT) unvereinbar zu bezeichnen ist die Erwartung eines Klienten, der Therapeut werde aus sich heraus - quasi therapeuten-zentriert - Ratschläge und Handlungsanweisungen zur Lösung seiner Problematik geben. Auf Grund dieser Eindeutigkeit, aber auch angesichts der beobachteten Häufigkeit solcher Klientenerwartungen in der GT-Praxis, wurde unter den möglichen falschen Erwartungen diese für die Überprüfung der Effekte vortherapeutischer Beeinflussung auf den Therapieverlauf ausgewählt.

Die Arbeit selbst ist in drei große Abschnitte gegliedert:

- einen theoretischen Teil, der die Entwicklung der Fragestellung im Hinblick auf die experimentelle Untersuchung darstellt,
- den empirischen Teil, der Untersuchungsaufbau sowie Ergebnisse und Interpretationen bringt und
- einen Schlußteil, der die wesentlichen Punkte der Arbeit unter praktischen Gesichtspunkten für die GT und die Forschung diskutiert.

Im einzelnen befaßt sich Kapitel 1 mit Beobachtungen zum Themenbereich aus der eigenen therapeutischen Praxis; Kapitel 2 untersucht das Konzept der GT daraufhin, wie es die Erwartung des Klienten an den Therapeuten als

Ratgeber bewertet und wie diese Bewertung wiederum einzuschätzen ist. In den anschließenden Kapiteln werden

- die bisherigen Forschungsergebnisse zum Problembereich Therapieabbruch, Erfolgserwartung und Rollenerwartung referiert sowie Modelle der Therapievorbereitung bzw. -einführung dargestellt (Kapitel 3) und
- eine handlungstheoretische Analyse des durch die Therapieeinführung intendierten Lernprozesses gegeben (Kapitel 4).

Der theoretische Teil schließt mit einer Aufstellung der in die experimentelle Untersuchung eingegangenen Hypothesen ab (Kapitel 5).

Im empirischen Teil erfolgt in Kapitel 6 zunächst eine detaillierte Darstellung des Untersuchungsverlaufs. Das 7. Kapitel gibt dann die Ergebnisse und Interpretationen, die aus der Untersuchung gewonnen werden konnten, wieder.

Die Schlußkapitel bringen eine Erörterung der Untersuchungsergebnisse im Hinblick auf die unmittelbaren Konsequenzen für die GT-Praxis sowie die weitere Forschung im angesprochenen Bereich (Kapitel 8) und eine Zusammenfassung der Hauptpunkte der gesamten Arbeit (Kapitel 9).

1. Entwicklung der Fragestellung aus der eigenen therapeutischen Praxis

Im wesentlichen waren es drei praktische Erfahrungen, die den Anstoß zu einer intensiveren Beschäftigung mit der 'therapeuten-zentrierten' Erwartungshaltung des Klienten gaben:

- So zeigte es sich, daß Klienten[1], die in der Beratungsstelle des Psychologischen Instituts der Universität Münster um Behandlung nachsuchten und dort einer klienten-zentrierten Gesprächspsychotherapie zugewiesen wurden, bei der üblichen Einführung in die Therapieform auf die Information "der Therapeut gibt keine Ratschläge und Handlungsanweisungen zur Lösung der Problematik" häufig mit Verwunderung und Zweifel an der Richtigkeit solchen Vorgehens reagierten.

- Bei der Durchführung eigener Gesprächspsychotherapien konnte zudem beobachtet werden, daß zahlreiche Klienten das nicht-direktive Verhalten des Therapeuten nicht oder nur sehr zögernd akzeptierten und den Therapeuten immer wieder dazu bewegen wollten, direktiver zu sein, d.h. Fragen zu stellen, seine Meinung zu dem jeweiligen Problem zu sagen, Ratschläge zu geben oder Lösungen der vorliegenden Konflikte anzubieten.

- Zum weiteren gewannen wir den Eindruck, daß die Klienten, die besonders nachhaltig auf dieser direktiven Verhaltensweise des GT-Therapeuten bestanden hatten, die Therapie eher und oft ohne Angabe von Gründen aufgaben.

Damit entstand die Vermutung, daß das Konzept der GT, das großen Wert auf freie Selbstverwirklichung des In-

---

[1] Bei den Klienten, die die Beratungsstelle des Psychologischen Instituts aufsuchen, handelt es sich vorwiegend um Studenten.

dividuums legt und aus diesem Grunde Ratschläge und Handlungsanweisungen ausklammert, Klienten befremden und ihnen ein Akzeptieren der therapeutischen Behandlung so sehr erschweren kann, daß sie die Behandlung als nicht hilfreich frühzeitig aufgeben.

Bevor wir uns den bisherigen Forschungsergebnissen zu diesem Themenbereich zuwenden, wollen wir zunächst das Konzept der GT betrachten und prüfen, ob die von uns beobachtete Diskrepanz zwischen dem von der GT geforderten Klienten- und Therapeutenverhalten und dem von zahlreichen Klienten erwarteten Verhalten

- in intra-individuellen Merkmalen einzelner Klienten zu finden ist
- oder in den dem GT-Konzept zugrundeliegenden philosophischen Annahmen begründet liegt und damit Widerspiegelung eines umfassenderen Widerspruchs ist, nämlich dem zwischen objektiver gesellschaftlicher Realität und der subjektiven Sichtweise dieser Realität, wie sie der Begründer des GT-Konzepts einnimmt.

2. Entwicklung der Fragestellung aus dem Konzept der GT

2.1. Stellenwert von 'Direktivität des Therapeuten' und entsprechender 'Erwartung des Klienten' im ursprünglichen GT-Konzept von ROGERS

Obwohl das Konzept der GT im Laufe der Jahre, auch hinsichtlich des Postulats der Nicht-Direktivität, einige Veränderungen erfahren hat, scheint es uns unerläßlich, zunächst einmal die ursprüngliche Konzeption der GT zu betrachten, da hier die Forderung nach Nicht-Direktivität am ausführlichsten und genauesten begründet wird und die deutsche Version der GT, wie sie von führenden Vertretern[1] in der BRD aufgefaßt wird, hier ihre größte Nähe zeigt.

Als CARL R. ROGERS 1942 in Counseling and Psychotherapy zum ersten Mal einen umfassenden Entwurf der GT darlegte, wollte er den bis dahin üblichen Beratungstechniken, die vorwiegend mit Ermahnung, Ratschlag und Anordnung arbeiteten, eine Methode gegenüberstellen, die seiner Auffassung vom Individuum, das einen "individuellen Drang zum Wachsen, zur Gesundheit und zur Anpassung"[2] besitzt, mehr gerecht wird.

Diese Methode ist dadurch gekennzeichnet, daß Beratung dann wirksam ist, wenn sie

> "aus einer eindeutig strukturierten, gewährenden Beziehung (besteht), die es dem Klienten ermöglicht, zu einem Verständnis seiner selbst in einem Ausmaß zu gelangen, das ihn befähigt, aufgrund dieser neuen Orientierung positive Schritte zu unternehmen" (ROGERS, 1942; hier: 1972, S. 28).

---

[1] Als bedeutendster Vertreter der GT in der BRD ist R. TAUSCH zu nennen, der mit seinen Mitarbeitern auch die ersten experimentellen Arbeiten zur Erfolgseinschätzung lieferte (s. TAUSCH, 1973).

[2] ROGERS, 1942; hier: 1972, S. 36. Bei den in deutscher Sprache erschienenen Werken von ROGERS werden Zitate aus stilistischen Gründen den deutschen Ausgaben entnommen; zum Zwecke der historischen Einordnung erfolgt jedoch jeweils der Hinweis auf das Erscheinungsjahr des Originals.

Diese Selbsterkenntnis erreicht der Berater am ehesten dadurch, daß er dem Klienten

- geduldig und freundlich zuhört,
- keinerlei Autorität demonstriert,
- weder Ratschläge noch moralische Verweise erteilt,
- nicht mit dem Klienten diskutiert
- und auch nur unter bestimmten Voraussetzungen (Mißverständnis, Angst des Klienten) Fragen stellt (vgl. ROGERS, 1942; hier: 1972, S. 117 f.).

Es handelt sich hier also um eine Methode, die ausdrücklich die Verwendung von Ratschlägen und Handlungsanweisungen sowie subjektiven Sichtweisen des Therapeuten ausschließt, um zu betonen, "daß das Interview dem Klienten gehört und ihm Gelegenheit zu freiem Sprechen bieten soll" (ROGERS, 1942; hier: 1972, S. 118).
Eine Therapieart, die ihrem Wesen nach dem Klienten selbst Einsicht in die eigene Problematik abverlangt, kann, so ROGERS, von ihrem Selbstverständnis her keinen Platz haben für direktive Methoden, denn "Einsicht beinhaltet Entscheidungen, die nur der Klient allein treffen kann" (ROGERS, 1942; hier: 1972, S. 190).
Deshalb kritisiert er vor allem die Haltung jener Berater, die meinen, selbst die Person zu sein, die am besten weiß, was dem Klienten gut tut. Solch ein Vorgehen enthält für ihn wenigstens zwei entscheidende Nachteile:

- "Das Individuum, das über ein beträchtliches Maß an Unabhängigkeit verfügt, lehnt derartige Beeinflussung zwangsläufig ab, um seine Integrität zu wahren" (ROGERS, 1942; hier: 1972, S. 33).
- "Andererseits wird das Individuum, das bereits dazu neigt, abhängig zu sein und anderen die Entscheidung zu überlassen, noch tiefer in diese Abhängigkeit getrieben" (ebenda).

ROGERS ist sich wohl bewußt, daß die 'non-directive therapy' nicht in jedem Fall angezeigt sein kann.
Weniger geeignet erscheint sie ihm bei Individuen,

- die in einer starken Abhängigkeit von ihrer Umgebung stehen,
- die aufgrund ihres Störungsausmaßes gar nicht in der Lage sind, Gefühle und Probleme zu verbalisieren,

- die, auf einen einfachen Nenner gebracht, "zu jung oder zu alt, zu dumm oder zu labil" sind (ROGERS, 1942; hier: 1972, S. 78).

Hier scheint ihm aber auch jede andere Art von therapeutischer Behandlung unmöglich. Unter Ausklammerung solcher Problemfälle kommt ROGERS zu dem Schluß,

> "daß der Ansatz der nicht-direktiven Gruppe für die überwältigende Mehrheit aller Klienten anwendbar ist, die über genügend Kapazität verfügen, um zu einigermaßen angemessenen Lösungen für ihre Probleme zu gelangen. ... Dieser Gruppe hat ein therapeutischer Ansatz, der das Wachsen und die verantwortliche Reife unterstützt, vieles zu bieten" (ROGERS, 1942 ; hier: 1972, S. 120).

Dabei geht ROGERS allerdings davon aus, daß diese Therapieart von diesen Klienten immer ebenso positiv empfunden wird. Die Beobachtung, daß ein Klient eine Therapiesituation, in der es für ihn darauf ankommt, selbst die Lösung seiner Probleme in Angriff zu nehmen, mit Befremden wahrnimmt, da er sich von einer therapeutischen Beziehung gerade Erkenntnis und Wissen für seine eigenen Problemlösemöglichkeiten wünscht, sieht ROGERS nicht als Hindernis für den Einstieg in seinen Therapieprozeß. Es erscheint ihm verständlich, daß der Klient aufgrund seiner bisherigen Sozialisationserfahrungen die Einstellung mitbringen muß: Hier wird mir dadurch Hilfe gegeben, daß der Therapeut

> "Rat erteilt, die Führung übernimmt, indem er Fragen stellt oder in irgendeiner Weise zu erkennen gibt, daß er die Verantwortung für die Handhabung der Probleme des Klienten übernommen hat" (ROGERS, 1942; hier: 1972, S. 89).

Die Erfahrung hat ihm gezeigt, daß hier oft eine kurze Erklärung ausreicht und "daß solche Klienten im Grunde keine Antwort haben wollen" (ebenda, S. 147).

Das Problem, welches sich in unserer Therapieerfahrung gezeigt hat, daß Klienten, die auch ROGERS als GT-geeignet bezeichnen würde, dazu tendieren, die Therapie vorzeitig abzubrechen, weil ihre Erwartungen an die Funktion des Therapeuten als Ratgeber nicht erfüllt werden, wird demnach von ROGERS in dieser ersten Fas-

sung seines Therapiekonzeptes nicht als solches erkannt. Sollte ein Klient die Therapie ohne Absprache mit seinem Therapeuten verlassen, so gibt es für ROGERS im wesentlichen zwei Gründe:

- "Entweder war der Klient niemals für eine beratende Hilfe geeignet, oder
- der Berater war nicht imstande, ihm zu helfen, sich selbst zu sehen und positive Schritte zu unternehmen" (ROGERS, 1942; hier: 1972, S. 211).

Erst in späteren Untersuchungen, die vor allem mit dem Namen A.P. GOLDSTEIN verbunden sind, wurden die Erwartungen der Klienten an die Therapie und die Rolle des Therapeuten als wichtige Größe für den erfolgreichen Therapieverlauf in zunehmendem Maße mit wissenschaftlicher Aufmerksamkeit bedacht.

Daß ROGERS die Diskrepanz zwischen dem Wunsch des Klienten nach direktiver Führung durch den Therapeuten und der Verweigerung dieses Wunsches durch das Verhalten des Therapeuten in der Therapie für leicht überbrückbar hält, ist in dem Menschenbild, das seinem Therapiekonzept zugrundeliegt, zu suchen. Wir wollen dies nunmehr im einzelnen betrachten.

2.1.1. ROGERS' weltanschauliche Ausrichtung als Grundlage seines GT-Konzepts

Die Impulse, die zur Formulierung seines Therapieansatzes führten, sind vielfältiger Art und werden von ROGERS selbst als von "ultra-psychoanalytisch bis ultra-statistisch" (ROGERS, 1942; hier: 1972, S. 13) reichend bezeichnet. Drei Haupteinflüsse lassen sich herausarbeiten, die sowohl seine Auffassung vom Therapeuten als auch vom Wissenschaftler bestimmten:

- So war ROGERS stark beeinflußt durch den Psychoanalytiker O. RANK, der den Beziehungsaspekt zwischen Therapeut und Klient als besonders wichtig für die

Geborgenheit und Sicherheit des Klienten betrachtete und dem Individuum gleichfalls die Fähigkeit zusprach,

> "durch das Akzeptieren seiner eigenen Individualität und durch Befreiung seiner 'Willenskräfte' selbständig sinnvolle, seiner Persönlichkeit angemessene Formen der Problembewältigung zu finden" (PAVEL, 1975 a, S. 27).

- Auch wenn ROGERS sich selbst nicht gerade als "Jünger der Existentialphilosophie" (ROGERS, 1961; hier: 1973, S. 197) bezeichnet, so sind doch Elemente dieser Philosophierichtung deutlich in seinem Therapiekonzept zu erkennen. Für ihn, ähnlich wie für den Philosophen und Theologen KIERKEGAARD, der als einer der Begründer des Existentialismus gilt, steht das menschliche Dasein, seine Existenz, im Mittelpunkt der Betrachtung. Auch BUBERs Auffassung, daß alles wirkliche Leben Begegnung im ICH und DU ist (vgl. WILD, 1975, S. 63), spiegelt sich in der Tiefe der therapeutischen Beziehung, in der vom Therapeuten geforderten Echtheit und dem später wichtig werdenden 'self-disclosure'-Postulat[1] besonders deutlich wider.
- Eine dritte Strömung,[2] die ihn mehr als Wissenschaftler ansprach, war die empirische Psychologie. ROGERS hat als einer der ersten Therapeuten die wissenschaftliche Erforschung des Therapieprozesses gefördert, indem er die Gespräche, die er mit seinen Klienten führte, auf Tonband aufzeichnete und später analysierte. Durch diesen Bruch der Geheimhaltung des Geschehens in der Therapie - der vorwiegend von Psychoanalytikern heute noch meist als Gefahr für den Therapieprozeß hingestellt wird - bekam die Therapieforschung einen gewaltigen Auftrieb. So konnten überhaupt erst

---

[1] 'Self-disclosure' bedeutet Öffnung des Therapeuten für seine eigenen Erfahrungen und Gefühle während des Therapieprozesses (vgl. HART & TOMLINSON, 1970).

[2] Die verschiedenen Impulse wurden ihm während seiner verschiedenen Studien der Landwirtschaft, Geschichte, Theologie und Psychologie gegeben.

Kriterien erarbeitet werden, die einen Therapieprozeß 'erfolgreich'[1] und Therapie überhaupt erst erlernbar machen.

Seine Doppelfunktion als Therapeut und Wissenschaftler empfand ROGERS lange Zeit als unvereinbaren Gegensatz, als Widerspruch zwischen seinem Bedürfnis nach tiefer menschlicher Empfindung in der therapeutischen Beziehung und gleichzeitigem Anspruch nach wissenschaftlicher Distanz. Die Diskrepanz schwindet, als er Wissenschaft nicht länger als "etwas 'dort draußen'" (ROGERS, 1961; hier: 1973, S. 213) betrachtet, sondern zu der Überzeugung gelangt:

> "Wissenschaft existiert nur in Menschen. Jedes wissenschaftliche Unternehmen hat sein kreatives Beginnen, seinen Prozeß und seinen vorläufigen Abschluß in einem oder mehreren Menschen. Wissen ... ist das subjektiv Akzeptable. Wissenschaftliche Kenntnisse können nur an diejenigen vermittelt werden, die subjektiv bereit sind, die Mitteilung zu empfangen. Die Anwendung von Wissenschaft geschieht auch nur durch solche Menschen, die auf der Suche nach Werten sind, die für sie von Bedeutung sind" (ebenda, S. 214; Hervorhebungen von mir).

Den Widerspruch löst ROGERS somit dadurch, daß er das subjektive Erleben und Empfinden, daß sein Therapiekonzept bereits bestimmt, auch zum zentralen Punkt wissenschaftlicher Forschertätigkeit erhebt. Erkenntnisdrang und -tätigkeit sind für ihn individuelles Bedürfnis des einzelnen Menschen und von seiner Willenskraft gesteuert. Wissenschaft rückt damit in den Bereich subjektiven Beliebens; Wissenschaft als notwendige und unabdingbare Grundlage menschlicher Tätigkeit zur Beherrschung seiner

---

[1] Erfolgreich heißt für ROGERS, daß "der Einzelne sich auf den bewußten wie unbewußten Ebenen seiner Persönlichkeit dergestalt neu organisieren wird, daß er mit dem Leben auf eine konstruktivere, intelligentere, sozialere und auch befriedigendere Art und Weise fertig wird" (ROGERS, 1961; hier: 1973, S. 49); oder: "Der Klient verändert und reorganisiert sein Selbstbild" (ebenda, S. 78).

natürlichen und sozialen Umwelt - wie wir sie verstehen - findet in seinem Konzept keine Berücksichtigung. Das subjektive Erleben ist und bleibt in jedem Fall das für den Menschen bestimmende, und da niemals ein Mensch wie der andere ist und empfindet, ist eine über den individuellen Rahmen hinausgehende Erkenntnis einer außerhalb des menschlichen Bewußtseins existierenden objektiven Realität nicht möglich und auch nicht nötig. Die Frage nach dem Verhältnis von Materie und Bewußtsein, die "große Grundfrage aller, speziell neueren Philosophie" (ENGELS, in: MARX/ENGELS: Werke, Bd. 21, S. 274),wird von den Existentialisten dadurch zu lösen versucht, daß sie behaupten, objektive Realität sei immer nur im individuellen Erleben des Einzelnen gegeben und erkennbar (vgl. KLAUS&BUHR, 1972, S. 351).

Um diese weltanschauliche Position, die dem subjektiven Idealismus zuzurechnen ist, der

> "das subjektiv-menschliche Bewußtsein in dem Sinne verabsolutiert, daß die objektive Realität lediglich als Bewußtseinsinhalt erscheint und in der Folge die Existenz der vom denkenden Subjekt unabhängigen Außenwelt bestritten wird" (KLAUS & BUHR, 1972, S. 497)

stärker zu verdeutlichen, wollen wir ROGERS' Ansicht zu den Begriffen Realität, Wissenschaft, Individuum und Gesellschaft, die wir für wichtige Bestimmungsstücke jeden Menschenbildes halten, noch einmal im einzelnen darstellen. Im Anschluß daran wird deutlich werden, warum ROGERS zu der Auffassung gelangen muß, daß Ratschläge und Handlungsanweisungen des Therapeuten keinen hilfreichen Charakter für den Klienten haben können.

2.1.1.1. ROGERS über 'Realität'

Für ROGERS ist es "überflüssig, irgendein Konzept der 'wahren' Realität zu postulieren oder zu erklären ver-

suchen" (ROGERS, 1951; hier: 1973, S. 420). An anderer Stelle formuliert er präziser:

> "Wir können auch niemals eine Wirklichkeit ausmachen, die Menschen, Beziehungen, oder dem Universum zugrunde liegt. Wir können nur Beziehungen zwischen beobachtbaren Ereignissen beschreiben" (ROGERS, 1961; hier: 1973, S. 203).

Realität ist für ihn die subjektive Erfahrung des Einzelnen. Das gilt für den Wissenschaftler ebenso wie für den Therapeuten oder den Klienten. Daraus entwickelt ROGERS sein Wissenschaftsverständnis.

2.1.1.2. ROGERS über 'Wissenschaft'

Da Wissenschaft und Therapiekonzepte auf dem unmittelbaren subjektiven Erfahrungshintergrund eines Menschen beruhen (vgl. ROGERS, 1961; hier: 1973, S. 221), genügt es auch, aus dieser Erfahrung - ohne Analyse objektiver Zusammenhänge- Hypothesen zu formulieren, die dann durch empirische Untersuchungen bestätigt oder verworfen werden. Die Motivation zur Forschung überhaupt ist wiederum subjektives Bedürfnis:

> "So bin ich zu der Erkenntnis gekommen, daß ich mich der Forschung und der Bildung von Theorien widme, um das Bedürfnis zu befriedigen, Ordnung und Sinn zu sehen, ein subjektives Bedürfnis, das in mir ist" (ROGERS, 1961; hier: 1973, S. 40).

Die wissenschaftliche Methodologie andererseits hält den Wissenschaftler ROGERS von der Gefahr ab, sich hinsichtlich seiner "kreativ geformten, subjektiven Mutmaßungen zu betrügen" (ebenda, S. 216), die sich aus der Beziehung zwischen ihm und seinem Material ergeben. Aber auch hier ist das Subjektive das Primäre:

> "Bei der Anwendung solch strenger und unpersönlicher Methoden trifft der Wissenschaftler subjektiv alle wichtigen Entscheidungen" (ebenda).

Die Ergebnisse der Forschung können ebenfalls subjektive Verwendung finden; es braucht den Wissenschaftler nicht zu beunruhigen, wenn die Ergebnisse die Hypothesen nicht bestätigen, denn

> "wenn ich ... für meine Erfahrung offen bin und zulassen kann, daß alle sinnlichen Wahrnehmungen

> meines komplexen Organismus meinem Bewußtsein zugänglich sind, dann nutze ich höchstwahrscheinlich mich selbst, meine subjektive Erfahrung und meine wissenschaftlichen Kenntnisse auf eine Art und Weise, die realistisch und konstruktiv ist" (ebenda, S. 222; Hervorhebung im Original).

Bekommt er Bestätigung durch die Fakten und wird er zudem noch durch die Ergebnisse anderer Forscher unterstützt, so ist ein Stück Realität geschaffen, denn Realität besteht aus "den Wahrnehmungen, die unter mehreren Individuen einen hohen Grad an Allgemeinheit haben" (ROGERS, 1951; hier: 1973, S. 420). In der Übereinstimmung mehrerer Individuen bzgl. eines Erkenntnisobjekts drückt sich für ihn die Wirklichkeit aus. Eine objektive, von dieser sozusagen summativen Realität unabhängige Wirklichkeit wird von ihm negiert.

2.1.1.3. ROGERS über 'Individuum'

ROGERS' Sichtweise von Realität und Erkenntnisweg der Wissenschaft weist bereits auf seine Vorstellungen vom Individuum hin. Da es keine absolute Realität gibt, kann das Individuum der Realität, die es erfährt, trauen. Auf diese seine Realität reagiert das Individuum "als ein organisiertes Ganzes " (ROGERS, 1951; hier: 1973, S. 421). Im Kern seiner Persönlichkeit ist es positiv und gut:

> "Der innerste Kern der menschlichen Natur, die am tiefsten liegenden Schichten seiner Persönlichkeit, die Grundlage seiner tierischen Natur ist von Natur aus positiv - von Grund auf sozial, vorwärtsgerichtet, rational und realistisch" (ROGERS, 1961; hier: 1973, S. 99 f.).

Hier wird deutlich, daß ROGERS die psychoanalytische Sichtweise, daß der Mensch im Innern unsozial, unbezähmt und zerstörend sei, aber auch die Auffassung des Behaviorismus, der Mensch sei willenlos zu steuern, nicht teilt.

2.1.1.4. ROGERS über 'Gesellschaft'

Da für ROGERS das Individuum alle Kräfte in sich selbst besitzt, sein Leben nach seinen Bedürfnissen zu organisieren, spielt die Gesellschaft für ihn eine nebengeordnete Rolle. Als Umwelt des Individuums hat sie eher störenden Charakter, da sie Normen und Werthaltungen setzt, die das Individuum daran hindern können, ganz es selbst zu sein.

> "Das Selbst-Konzept basiert ... fast vollständig auf Bewertungen von Erfahrung, die von anderen übernommen sind, und enthält nur ein Minimum an genauer Symbolisierung von Erfahrung und nur ein Minimum an direkter organismischer Wertung von Erfahrung. Da die von anderen vertretenen Werte keine notwendige Beziehung zum eigenen tatsächlichen organischen Erfahren haben, wird die Diskrepanz zwischen der Selbst-Struktur und der Erfahrungs-Welt allmählich als ein Gefühl von Spannung und Schmerz ausgedrückt" (ROGERS, 1951; hier: 1973, S. 441).

Als Folge dieser Diskrepanz wird das Individuum krank.

Spricht ROGERS von 'gesellschaftlichen Implikationen', so schwebt ihm in letzter Konsequenz eine Übertragung seines Therapiekonzepts auf ganze Organisationen und Gruppen vor:

> "Völker und Organisationen könnten ebenso wie Individuen entdecken, daß es sich lohnt, zu erfahren, was sie im Tiefsten sind. Ich meine, diese Sichtweise enthält im Keim eine philosophische Sicht des Lebens insgesamt, sie ist mehr als nur eine Tendenz in der Erfahrung mit Psychotherapie-Klienten".[1]

Hieran wird deutlich, daß ROGERS Gesellschaft abstrakt und unmaterialistisch, d.h. losgelöst von historischen und ökonomischen Bedingungen sieht, da auch er eine

---

[1] ROGERS, 1961; hier: 1973, S. 181. Hier deutet sich bereits der Weg an, den ROGERS dann später mit Freedom to Learn (1969) und On Encounter Groups (1970) beschreitet: Sein Interesse verlagert sich von der Einzel- zur Gruppentherapie und von der Arbeit mit psychisch Kranken zur Arbeit mit 'Normalen'.

idealistische Position vertritt, die

> "die Menschen nicht in ihrem gegebenen gesellschaftlichen Zusammenhange, nicht unter ihren vorliegenden Lebensbedingungen, die sie zu Dem gemacht haben, was sie sind, auffaßt, ... kommt er nie zu den wirklich existierenden, tätigen Menschen, sondern bleibt bei dem Abstraktum 'der Mensch' stehen und bringt es nur dahin, den 'wirklichen, individuellen, leibhaftigen Menschen' in der Empfindung anzuerkennen, d.h., er kennt keine andern 'menschlichen Verhältnisse' 'des Menschen zum Menschen', als Liebe und Freundschaft, und zwar idealisiert. Gibt keine Kritik der jetzigen Lebensverhältnisse" (MARX / ENGELS: Werke, Bd. 3, S. 44).

Daß es bei dieser Sichtweise auch in seinem Therapiekonzept zu Fehleinschätzungen, falscher Gewichtung und unlösbaren Widersprüchen kommt, sobald gesellschaftliche und nicht bloß individuelle Faktoren in den Therapieprozeß hineinwirken, liegt auf der Hand.

2.1.1.5. ROGERS' Therapeuten-Konzept als Ergebnis seines subjektiven Idealismus

Auf diesem Hintergrund von Realität, Wissenschaft, Individuum und Gesellschaft wird ROGERS' Therapeutenkonzept verständlich: Der GT-Therapeut kann darauf vertrauen, daß sein Klient die Fähigkeit besitzt, sich aus eigener Kraft zu helfen. ROGERS beschreibt das so:

> "Ich bin dazu gekommen, Menschen zu vertrauen, ihrem Vermögen, sich selbst und ihre Schwierigkeiten zu erforschen und zu verstehen, und ihrer Fähigkeit, solche Probleme zu lösen. Voraussetzung ist nur eine enge, andauernde Beziehung, in der ich ein wirkliches Klima der Wärme und des Verstehens schaffen kann" (ROGERS, 1973; hier: 1975, S. 18).

Es ist für den Therapeuten nicht notwendig - und wäre geradezu ein Hindernis - von sich aus die Gesellschaft oder seine eigenen Meinungen und Werthaltungen in Form eines Ratschlages oder einer Handlungsanweisung in den Therapieprozeß mit einzubeziehen.

> "Es ist möglich, einem Menschen eine Erklärung seiner selbst zu geben, Schritte zu verschreiben, die ihn vorwärts führen, ihm Kenntnisse über ei-

> nen befriedigenderen Lebensmodus vermitteln müßten. Aber solche Methoden sind meiner Erfahrung nach nutz- und folgenlos. Das höchste, was sie erreichen können, ist eine temporäre Veränderung, die bald verschwindet und den Einzelnen überzeugter denn je von seiner Unfähigkeit zurückläßt" (ROGERS, 1961; hier: 1973, S. 46).

2.2. Kritik am Menschenbild und Therapiekonzept von ROGERS

Im vorigen Abschnitt haben wir dargelegt, wo ROGERS die wesentliche Bestimmung des Menschen sieht. Für ihn sind die Person des Menschen, seine Eigenständigkeit, Selbstbestimmung und Willensfreiheit die beherrschenden Kräfte menschlichen Daseins. Das Persönlichkeitseigene im Individuum tritt am ehesten dann zutage, wenn - wie JAROSCHEWSKI zutreffend sagt - "die Schwerkraft des 'sozialen Feldes' aufgehoben ist" (JAROSCHEWSKI, 1975, S. 373). Erst wenn die störenden Einflüsse seiner sozialen Umwelt beseitigt sind, z.B. durch die Haltung des GT-Therapeuten in einer Therapie, kann der Mensch " die vollkommenste und absoluteste Freiheit" (ROGERS, 1961; hier: 1973, S. 192) erleben und sich seiner eigentlichen Bestimmung, seiner organismischen Selbstentfaltung, zuwenden. Die Ansicht, daß der Mensch erst durch seine praktische Tätigkeit in der Gesellschaft seine höchste Ausdrucksform erhält, findet in dieser Konzeption des Menschenbildes keinen Eingang.

Verglichen mit dem Ansatz der in den vierziger und fünfziger Jahren vorherrschenden psychologischen Schulen des Behaviorismus und der Tiefenpsychologie, die den Menschen auf bloßes Verhalten bzw. auf seine Sexualität reduzierten und dabei die Wirklichkeit, wie der Mensch sie als ganzheitliches Wesen subjektiv erlebt, außer acht ließen, ist die Auffassung der existentiellen Psychologie, die hier aus ROGERS spricht, durchaus als Bereicherung der psychologischen Betrachtungsweise

vom Menschen zu sehen. Doch kommt unserer Überzeugung nach auch dieser Ansatz nicht über eine fragmentarische Interpretation des Menschen hinaus. Durch die Überbetonung der Selbsterkenntnis, die das Individuum nur für sich allein leisten kann, wird der gesellschaftliche Aspekt von Erkenntnis und die Verwertung des historischen Erbes bisheriger menschlicher Erkenntnis vernachlässigt.

Die Annahme ROGERS', daß das Individuum in sich allein alle Entwicklungsmöglichkeiten trägt, verkennt damit die Chancen und Hindernisse, die sich daraus ergeben, daß der Mensch in einer bestimmten Gesellschaft lebt; sie verkennt, daß

> "gerade die Selbstverwirklichung der Persönlichkeit ... nur in einem gewissen Grade von personalen Eigenschaften" abhängt; " weit mehr aber sind die Möglichkeiten des sozialen Raumes mit den zugrunde liegenden ökonomischen Bedingungen von Belang" (KOHLER, 1972, S. 25).

So wird klar, welcher Einschränkung die individuelle Selbsterkenntnis, wie sie in der klienten-zentrierten GT in optimaler Weise ermöglicht werden soll, unterliegt. Durch den weitgehenden Entzug gesellschaftlicher Erfahrung, durch die bewußte Leugnung fachkompetenten Wissens durch den Therapeuten ist das Individuum gezwungen, bei der Selbsterkenntnis quasi immer wieder bei null anzufangen. Daß damit nicht nur bei den von ROGERS selbst für diese Therapieform als ungeeignet bezeichneten Klienten eine Überforderung ihrer Kapazität angenommen werden darf, zeigt sich nicht zuletzt in der Vorgehensweise anderer erfolgreicher Therapieformen, die z.B. gerade mit Ratschlägen und Handlungsanweisungen arbeiten. Es sei hier die Verhaltenstherapie angeführt, die in ihrem Ansatz berücksichtigt, daß es Individuen gibt, die einfach bestimmte Verhaltensweisen aus sich selbst heraus nicht realisieren können, weil ihnen das Wissen dazu fehlt bzw. nicht vermittelt wurde. Das heißt, die Frage nach der Erfahrung und dem Wissen anderer ist zunächst einmal ein natürlicher und not-

wendiger Vorgang im menschlichen Aneignungsprozeß, sie ist auch ein notwendiger und natürlicher Vorgang in der Therapie.

Damit ist über das notwendige Ausmaß des Ratschlaggebens und der damit verbundenen Gefahr des Bevormundens, die ROGERS bei den Beratern als so verbreitet und gefährlich ansieht, noch nichts entschieden. In diesem Zusammenhang scheint seine Warnung, mit der eigenen Therapeutenmeinung zurückhaltender zu sein, durchaus einige Berechtigung zu haben.

Rat und Meinung eines Therapeuten repräsentieren neben fachlichem Wissen natürlich auch gesellschaftliche Normen und Werte und haben somit Einfluß auf die Entwicklung des Klienten, zumal sich der Klient immer in der schwächeren Position befindet, denn er ist derjenige, der etwas will. Es scheint uns aber falsch und auch unmöglich, diesen Gefahren dadurch begegnen zu wollen, indem man als Therapeut eigene Vorstellungen und Annahmen ausklammert; vielmehr ist ein bewußter und kritischer Umgang mit den eigenen Wertmaßstäben anzustreben.

Das Postulat der Nicht-Direktivität vergibt somit zum einen die Chance des gesellschaftlichen Austausches von Erkenntnisinhalten und beschneidet so die individuelle und letztlich auch die gesamtgesellschaftliche Erkenntnis. Zum anderen verfolgt es eine falsche Auffassung vom Menschen, indem es dem Individuum eine von seinen gesellschaftlichen Beziehungen unabhängige Entwicklungsmöglichkeit seiner Person zuschreibt.

Zusammenfassend kann festgestellt werden: ROGERS' Annahme, daß das Individuum losgelöst von gesellschaftlichen Bedingungen freie Entfaltungsmöglichkeiten besitzt, wenn ihm eine freundliche, tiefe Beziehung zuteil wird, verkennt die enge Verwobenheit, die Dialektik der Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft.

Hier scheint uns der materialistische Ansatz insofern mehr zu bieten, da er die Umwelt des Individuums in konsequenter Weise und zwingend mitdenkt.

Die kategorische Ablehnung von Erfahrungs- und Wissensaustausch, wie sie in dieser ersten Konzeption der klienten-zentrierten GT formuliert wurde, schießt über das Ziel hinaus. In unserer Gesellschaft gibt es genügend Gruppen, die vom Therapeuten berechtigterweise Ratschläge und Handlungsanweisungen erwarten, da sie ohne diese ihre Selbstentfaltung nicht voll realisieren könnten. Je eingeschränkter der jeweilige Klient in seinen Entfaltungsmöglichkeiten, die ihm die Gesellschaft geboten hat, bisher gewesen ist, um so geringer muß sein eigenes Wissen zur Veränderung von Problemsituationen sein. Zudem ist die Therapiesituation im Vergleich zur Realsituation draußen am Arbeitsplatz, in der Klinik, im Gefängnis etc. so grundverschieden, daß ein einfacher Transfer des in der Therapie Erarbeiteten auf diesen Bereich - was ja letztlich das Ziel jeder Therapie sein müßte - nicht für jeden Klienten aus sich selbst heraus zu meistern ist. So gesehen ist es durchaus verständlich, daß Klienten die GT-Situation als Überforderung bzw. direkte Wissensvorenthaltung empfinden und diese für sich als nicht hilfreich ablehnen.

2.3. Die weitere Entwicklung des GT-Konzepts in den USA

Das ursprüngliche Konzept der GT hat in den letzten zwanzig Jahren aufgrund empirischer Befunde Veränderungen und Erweiterungen erfahren. Nach HART (1970) kann man drei Entwicklungsstufen unterscheiden:

- Die Phase der 'non-directive psychotherapy' (1940-1950), die ich bereits beschrieben habe,
- die der 'reflective psychotherapy' von 1950 bis ca. 1967 und

- die z.T. dazu parallel laufende dritte Phase der 'experiential psychotherapy' von ca. 1957 bis heute (vgl. auch PAVEL, 1975 a).

Im folgenden sollen die Charakteristika dieser einzelnen Entwicklungsstufen kurz dargelegt werden, um zu untersuchen, in wieweit dadurch auch die 'nicht-direktive' Haltung des Therapeuten beeinflußt wurde.

2.3.1. Die 'reflective psychotherapy'

Die zweite Phase der GT-Entwicklung in den USA zeichnet sich dadurch aus, daß das Therapeutenverhalten, welches dem Klienten eine Bewußtmachung aller seinem Selbstkonzept bisher nicht zugänglicher Gefühle erlaubt, näher bestimmbar wird. Folgende Variablen werden nach zahlreichen experimentellen Untersuchungen von ROGERS als notwendig und hinreichend für dies Therapieziel definiert:

- Authentizität und Transparenz auf seiten des Therapeuten,
- warmes Akzeptieren und Schätzen des anderen als eigenständiges Individuum,
- Einfühlung, d.h. die Fähigkeit, den anderen und seine Welt mit seinen Augen zu sehen (vgl. ROGERS, 1961; hier: 1973, S. 51).

Gegenüber der ersten Phase, die sich mehr um die kognitive Klärung der Klientenprobleme bemühte, wird jetzt das einfühlende Verständnis in das Gefühlsleben des Klienten noch stärker betont. Doch hat der Therapeut weiterhin die strikte Anweisung, keine Erklärungen und Interpretationen einfließen zu lassen, da dadurch nur die Angst des Klienten erhöht und der Selbstexplorationsprozeß gehemmt wird (ROGERS, 1951; hier: 1973, S. 73 ff.).

Die Erfolgsquote gesprächspsychotherapeutischer Behandlungen in dieser Zeit ist möglicherweise deshalb so hoch, weil im wesentlichen Studentengruppen das

Klientel der Untersuchungen darstellten. Für diese ist aufgrund ihrer qualifizierten Ausbildung das Ausmaß an Selbstverwirklichung innerhalb unserer Gesellschaftsstrukturen breiter als z.B. für Arbeiter, Delinquenten, psychotische Patienten usw. Schon in seiner ersten Konzeption hatte ROGERS darauf hingewiesen, daß gerade diese Gruppe alle Voraussetzungen für eine Therapie mitbringt:

> "So sind fehlangepaßte Studenten fast immer gute Kandidaten für die beratende Hilfe, weil sie in den meisten Fällen imstande sind, einige Aspekte ihrer Lebenssituation zu verändern, fast immer über angemessenes Alter und Intelligenz, meist zumindest über ein Minimum an Stabilität verfügen und nicht mehr unter familiärer Kontrolle stehen" (ROGERS, 1942; hier: 1972, S. 78).

GLEISS et al. (1973, S. 233 f.) schätzen deshalb die GT als schichtspezifische Therapieform ein, da nach ihrer Erfahrung ein direktives Eingreifen und Anleiten bei Unterschichtsklienten unerläßlich ist und Selbstbeobachtung sowie die Fähigkeit, diese Beobachtung verbal mitzuteilen, typische Mittelschichtskomponenten darstellen.

2.3.2. Die 'experiential psychotherapy'

Dieses auch heute in den USA praktizierte Konzept ist stärker von ROGERS' Mitarbeitern geprägt, die versuchten, die GT auch auf andere Personengruppen auszudehnen, die von ROGERS in seiner ursprünglichen Beratungskonzeption z.T. als für therapeutische Behandlung ungeeignet bezeichnet wurden. So schreibt HART (1970, S. 9):

> "One impetus für the evolution of reflective psychotherapy into experiential psychotherapy was provided by the attempts of a group of client-centered therapists to offer psychotherapy to hospitalized psychotics and well-adjusted normals. In working with these people, the therapists

> encountered new problems and difficulties and, consequently, were forced to seek new ways to implement and understand their efforts."

Diese Tendenz zur Ausweitung der therapeutischen Arbeit auf andere Bevölkerungsgruppen und die damit verbundene Änderung der therapeutischen Techniken darf man nicht nur als soziale Geste engagierter Therapeuten und Forscher auffassen, sondern muß sie auch auf dem Hintergrund bestehender ökonomischer Verhältnisse betrachten. So wurde die Therapieforschung in den USA im unmittelbaren Anschluß an den Zweiten Weltkrieg vom Staat mit erheblichen finanziellen Zuwendungen unterstützt, als es darum ging, die zahlreichen psychisch gestörten Kriegsveteranen wieder in das gesellschaftliche System der USA und damit in den Produktionsprozeß einzugliedern.

> "Research in psychotherapy in the United States received its big initial impetus right after the Second World War when the National Institutes of Mental Health began to pour money into this field" (FRANK, 1968 b, S. 5).

Ein zweiter Anstoß zu verstärkter Therapieforschung erfolgte Ende der 50-er Jahre, als die Sowjetunion den ersten Sputnik startete (sog. 'Sputnik-Schock'). Jetzt erfolgte eine Ausweitung therapeutischer Behandlung über die bisher bevorzugte Mittelschicht hinaus auch auf Klienten der sog. Unterschichten. Dies setzte jedoch zunächst umfangreiche Forschungstätigkeit auf diesem bisher vernachlässigten Gebiet voraus. So wurden im pädagogischen Bereich Bildungsprogramme der 'kompensatorischen Erziehung' aus dem Boden gestampft; im klinischen Bereich fallen die zahlreichen empirischen Untersuchungen auf, die sich darum bemühen, die Person des Klienten in Bezug auf erfolgreiche therapeutische Behandlung näher zu erforschen.

In diesem Rahmen ist auch das große Wisconsin-Projekt zu betrachten, in dem ausschließlich Schizophrene das Untersuchungsklientel darstellten (ROGERS et al.,

1967). In der Arbeit mit diesen Gruppen zeigte es sich, daß die von ROGERS (1957) als notwendig und hinreichendbezeichneten Variablen nicht ausreichten. Beharrliches Schweigen und Mißtrauen auf seiten dieser Klienten erschwerten den Zugang zu ihren Gefühlen.

Um dem Therapeuten mehr Spielraum zu geben, wird daher die Variable 'Echtheit' (vgl. ROGERS, 1966, S. 9) zunehmend stärker betont und erweitert. Der Therapeut kann nunmehr sowohl Fragen stellen als auch seine persönlichen Erfahrungen einbringen.

> "Die Aufgabe des Th. besteht darin, mit dem Kl. in einen Prozeß des gefühlshaften Erlebens einzutreten... Es handelt sich dabei nicht um ein Mitteilen kognitiver Erfahrungen, sondern um ein betont subjektives, höchst intensives Erleben der Kl.-Persönlichkeit durch den Th. Seine Äußerungen erhalten daher ihren Stellenwert nicht aus dem Wissen oder Nimbus eines Experten, sondern sind eindeutig gekennzeichnet als subjektive und für den Kl. nachvollziehbare Erfahrungen des Th." (PAVEL, 1975a, S. 36).

Diese Form der 'experiential psychotherapy' birgt in sich größere Möglichkeiten, die Ansprüche des Klienten an die Therapie und den Therapeuten zu berücksichtigen. Es ist dem Therapeuten nunmehr erlaubt, in persönlicher Form auf die Erwartungen des Klienten einzugehen und auch sich und sein Verhalten zur Diskussion stellen zu lassen. Dadurch wirkt der Therapeut zwar aktiver als im ursprünglichen GT-Konzept, jede Direktivität wird aber weiterhin zu vermeiden versucht.[1] So kann mit dieser Methode eine Klientenerwartung, die auf ein mehr engagiertes Therapeutenverhalten aus ist, eher befriedigt werden als durch die früher als notwendig erachteten Therapeutenvariablen.

---

[1] "Activeness in the quantitative sense used here should not be confused with the issue of 'directiveness'. Activeness merely refers to the amount of verbal activity that the therapist engages in, not to the content of such verbal participation. Directiveness bears the connotation of direction and control over the patient's activities outside of therapy and often subsumes such categories of activities as value judgements, advice, and prescription" (LENNARD & BERNSTEIN, 1960, S. 173 f.).

Allerdings ändert auch dies Konzept seine individualistische Denkweise nicht, indem es die objektiven gesellschaftlichen Bezüge weiterhin ausklammert und Umwelt und Erkenntnismöglichkeiten nur in der subjektiven Sichtweise von Klient und Therapeut einbezieht.

2.4. Merkmale des GT-Konzepts in der BRD

Die 'client-centered therapy', von TAUSCH 1956 als Gesprächspsychotherapie bei uns eingeführt, zeigt hier eine etwas andere Konzeption als in den USA. Die Auseinandersetzung mit ROGERS' philosophischen Grundannahmen spielte für TAUSCH und Mitarbeiter keine wesentliche Rolle und ist erst jetzt unter der aktuellen Diskussion um die Anwendungsbreite dieser Therapieart wichtiger geworden (vgl. PÖHM, 1972; FALBESANER, 1974).

Zunächst ging es den Forschern darum, zu untersuchen, ob die von ROGERS als notwendig und hinreichend definierten Variablen auch auf deutsche Verhältnisse übertragbar sind und einen konstruktiven Therapieverlauf hervorrufen. So zeigte sich die Therapeutenvariable 'Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte' für die 'Selbstexploration' des Klienten und damit für konstruktive Veränderungen bedeutsam (BOMMERT, 1971; BOMMERT et al., 1972), während sich die Variablen 'Unbedingte Wertschätzung und Akzeptierung' sowie 'Kongruenz des Psychotherapeuten' als weniger wichtig für Veränderungen des Klienten erwiesen (MINSEL, 1974, S. 27).

Die Gesprächspsychotherapie glich in dieser ersten Phase mehr einer Technik (vgl. inhaltlichen Aufbau der VEE-Skala, TAUSCH, 1973, S. 84, 99 ff.), die den Therapeuten dazu befähigen sollte, in den Äußerungen des Klienten möglichst alle gefühlsmäßigen Aussagen aufzuspüren und in modifizierter Form wiederzugeben; das persönliche Einbringen des Therapeuten in die Situation, das von ROGERS immer als wesentlicher Fak-

tor für eine hilfreiche therapeutische Beziehung angesehen wurde, kam dabei kaum zum Tragen. So wurden für sogenannte schwierige Situationen, zu denen auch das Problematisieren der GT-Therapeutenrolle durch den Klienten gehörte, nahezu programmierte Standardantworten für den Therapeuten entwickelt.

Da auch in der deutschen Konzeption der GT Ratschläge und Handlungsanweisungen durch den Therapeuten für falsch und unnötig angesehen wurden, war eine Situation, in der der Klient gerade darum bat, auch eine sogenannte schwierige Situation. Um ihr ausweichen zu können bzw. eine solche Erwartung beim Klienten von vornherein auszuschalten, wurde ein Merkblatt entwickelt, das u.a. eine Erklärung für die zurückhaltende Verhaltensweise des Therapeuten lieferte (vgl. TAUSCH, 1973, S.38ff.) Ein ähnliches Merkblatt war es, was unserer Erfahrung nach (s. Kapitel 1, S. 3) einige Klienten befremdete und uns mit zu der vorliegenden Untersuchung veranlaßt hat. Es wird als ein Mittel vortherapeutischer Beeinflussung falscher Klientenerwartungen einer näheren Untersuchung zugeführt werden.

Inzwischen hat sich dies starre Konzept der Gesprächspsychotherapie aufgeweicht, was als eine Folge der praktischen Erfahrungen mit dieser Therapieform angesehen werden kann. Durch die Ausdehnung der Behandlungsart auf andere Gruppen - auch bei TAUSCH und Mitarbeitern wurden die ersten Untersuchungen vorwiegend am Studentenklientel vorgenommen - wurde auch bei uns zunehmend deutlich, daß eine solchermaßen eingeschränkte und unflexible Therapeutenrolle, wie sie im Ursprungskonzept der GT auch in der BRD postuliert wurde, den vielfachen Anforderungen der therapeutischen Praxis wenig gerecht werden kann (vgl. MINSEL, 1974, S. 39 ff.).

Während die GT-Praktiker bereits dazu übergehen, die GT mit anderen therapeutischen Techniken zu kombinieren (z.B. GT und Verhaltenstherapie, GT und Gestaltthera-

pie; vgl. auch GOLDSTEIN, 1973; WEXLER & RICE, 1974), ist die GT- bzw. die Psychotherapieforschung generell noch weit davon entfernt, die wissenschaftlichen Kriterien für dieses Vorgehen liefern zu können. Hier gehen die Bemühungen noch häufig dahin, im GT-Klienten- und Therapeutenverhalten weitere für die erfolgreiche Therapie wichtige Variablen zu isolieren.

Bei diesem Vorgehen wurde auch eine Variable, die als 'Aktivität des Therapeuten' identifiziert werden konnte, als konstruktiv für den Therapieerfolg eingestuft. Da sie im Zusammenhang mit unserer Fragestellung von Interesse ist, sei sie hier kurz erwähnt:

> "Zu der Konzeption des Merkmals hatten folgende Beobachtungen beigetragen: Insbesondere wenig erfahrene Psychotherapeuten können schwer ein klienten-zentriertes Verhalten mit Verzicht auf Dirigierung, Ratschläge u.a. verwirklichen, ohne daß Klienten den Eindruck von Passivität-Inaktivität des Psychotherapeuten erhalten ... Dabei kann durchaus aktives Bemühen des Psychotherapeuten in ausgeprägter Form verwirklicht werden bei der Vergegenwärtigung und Vorstellung der inneren Erlebnisinhalte des Klienten durch den Psychotherapeuten und der anschließenden Mitteilung an den Klienten" (MINSEL et al., 1973, S. 200).

Zwar wird hier der Forderung der 'experiential psychotherapy' nach Engagiertheit des Therapeuten bereits mehr Rechnung getragen, doch ist den sogenannten Experiencing-Anhängern, die das Einbringen der Persönlichkeit des Therapeuten in den Therapieprozeß als notwendige Voraussetzung für den Selbstexplorationsprozeß des Klienten ansehen, diese Aktivität des Therapeuten noch zu technisch, zu professionell und keineswegs dem ROGERS'schen Konzept entsprechend.

Durch die neuerdings aufgetauchte Kontroverse zwischen den Anhängern einer mehr technischen Auffassung von GT und den Verfechtern der aus ROGERS sprechenden existentiellen Auffassung von Therapie mit der Betonung der Persönlichkeit von Klient und Therapeut ist jetzt auch der philosophische Hintergrund, der das

GT-Konzept geprägt hat, stärker in den Mittelpunkt wissenschaftlicher Betrachtungen getreten (vgl. die Diskussion zw. PAVEL, GRAESSNER und SCHULZ in den Infos der GwG, 1975).

Es ist zu hoffen, daß auf dem Hintergrund zunehmenden Problembewußtseins hinsichtlich der GT-Tätigkeit eine grundlegende Reflektion dieser auf der Sprache basierenden Therapieform einsetzt. Bevor verschiedene sprachliche Techniken im Hinblick auf ihren Veränderungswert in der therapeutischen Praxis untersucht werden, sollte zunächst einmal die Funktion der Sprache für menschliches Handeln allgemein geklärt werden. Theoretische Abhandlungen und Untersuchungen, die in diese Richtung gehen, sind unserer Meinung nach auch der Überprüfung von Kombinationen verschiedener therapeutischer Techniken vorgeordnet. So wird zugleich das schwierige Gebiet der Indikation eingrenzbar: wenn wir wissen, was das Sprechen und Denken für den Menschen im Erkenntnisprozeß bedeutet, dann wissen wir schon wesentlich genauer, wo eine Gesprächspsychotherapie Erkenntnisse ermöglicht und Problemlösungen schafft und wo andere therapeutische Maßnahmen den Vorzug erhalten müssen. Ergebnisse aus der Allgemeinen- und der Entwicklungspsychologie bieten hier für das Therapiegeschehen noch wenig genutzte Ansatzpunkte (s. z.B. WYGOTSKI, 1973; LURIJA & JUDOWITSCH, 1973).

Da Sprache den Austauschprozeß zwischen Menschen kennzeichnet und bestimmt, ist die Betrachtung der GT unter dem Systemaspekt von Sender und Empfänger sicher ein weiterer fruchtbarer Ansatz zur Klärung des Therapiegeschehens. Zwar betonte schon ROGERS den Prozeßcharakter der GT, doch ist bei ihm dieser Prozeß zwischen Therapeut und Klient abgeschlossen, während wir ein zur Umwelt offenes System für Problemlösungen des Menschen als angemessener betrachten. In einer solchen therapeutischen Beziehung haben dann auch Ratschläge und Handlungsanweisungen vom Therapeuten, die aus der Umwelt kommen und in sie hinein wirken, ihre

Berechtigung. Wir können hier unsere Vorstellungen über weitere Forschungsnotwendigkeiten innerhalb der GT und der Therapie überhaupt (das eben Gesagte gilt auch für andere therapeutische Ansätze) nur kurz anreißen, werden diesen Ansatz aber selbst weiter verfolgen.

Die vorliegende Untersuchung leistet eher noch einen Beitrag zur mehr technischen Anwendung der GT. Es geht uns darum, zu überprüfen, ob die Vorbereitung des Klienten auf die GT, wie sie in der Praxis geübt wird, den Einstieg in den Therapieprozeß tatsächlich erleichtern und beschleunigen kann. Die GT selbst wird unverändert gelassen, d.h. der GT-Therapeut geht davon aus, daß der Klient aus sich selbst heraus zur Problemlösung fähig ist und hält sich dementsprechend mit Ratschlägen zurück.

Unter dem Aspekt, daß diese Art der Gesprächsführung für jeden Klienten eine hilfreiche therapeutische Maßnahme unter anderen sein kann (vgl. GOLDSTEINs Konzept der 'structured learning therapy', 1973), scheint uns die Überprüfung der Effekte von vortherapeutischen Informationen auf das Therapiegeschehen auch für die Praxis der Methoden-Kombinationen von einiger Bedeutung zu sein. Erweist es sich als möglich, dem Klienten vor der Behandlung in relativ zeitsparender Weise GT-gerechte Verhaltenregeln zu vermitteln, so ist das für beide Seiten hilfreich: für den Therapeuten, indem er davon ausgehen kann, daß der Klient die Spielregeln akzeptiert und indem er auf dieser Basis sofort seine GT-Tätigkeit aufbauen kann; für den Klienten, indem dieser das Verhalten des Therapeuten gleich richtig einzuschätzen lernt und quasi auf gleicher Ebene mit diesem seine Problembearbeitung beginnt. Inwieweit die Therapieeinführungen für verschiedene Klienten variabel zu gestalten sind, wird eine spätere Frage sein müssen.

Zunächst wollen wir uns nun den Forschungsergebnissen zuwenden, die zum Bereich Klientenerwartungen bisher erhoben werden konnten.

3. Entwicklung der Fragestellung unter Einbeziehung der wichtigsten empirischen Forschungsergebnisse

Beim Referieren der wichtigsten Untersuchungsergebnisse beziehen wir uns hauptsächlich auf die amerikanische Forschung, da die Therapieforschung bei uns erst in den Anfängen steckt.

An entsprechender Stelle wird dabei auf die Unterschiede hinzuweisen sein, die sich daraus ergeben,

> "daß in den USA psychodynamische und soziologische Konzeptionen in die Psychiatrie wesentlich stärker Eingang fanden, während in Deutschland mehr eine biologisch-organische Ausrichtung vorherrschend blieb" (GLEISS et al., 1973, S. 23).

Es ist zu vermuten, daß diese Unterschiede in der nachfolgenden Untersuchung, die sich mit den Erwartungen des Klienten an die Therapeutenrolle befaßt, bedeutsam werden. Wie wir sahen, sind Erwartungen wesentlich durch Wissen, Erfahrungen und Einstellungen geprägt, die in der Sozialisation des Individuums vermittelt worden sind. Hierzu gehören auch die Kenntnis über und die Einstellung zu psychiatrischer Behandlung. Obwohl die USA und die BRD in vielen Aspekten vergleichbar sind, ist in den USA psychiatrische Behandlung weit mehr akzeptiert als bei uns.

Die von uns aufgeworfene Untersuchungsfrage enthält im wesentlichen drei wichtige Bestimmungsstücke, zu denen die bisherigen Ergebnisse empirischer Untersuchungen herangezogen werden:

- Wann kann man von einem Therapieabbruch sprechen, d.h. welche Kriterien gibt es für die Unterscheidung zwischen sogenannten 'Terminators' (Therapieabbrecher) und 'Remainers' (darunter versteht man solche Klienten, die die Therapie nach der üblichen Zahl von Kontakten und im Einklang mit dem Therapeuten beenden)?
- Welche Rolle spielt in diesem Zusammenhang die Erwartung und speziell die Rollenerwartung des Klienten an den Therapeuten?

- Ferner werden die Erfahrungen mit Therapievortrainings zur Veränderung falscher Rollenerwartungen beim Klienten zu diskutieren sein.

Da der Bereich der Erwartungen des Klienten an die Funktion des Therapeuten nicht unabhängig von seinen Erwartungen an den Therapieerfolg und den Einschätzungen der Situation durch den Therapeuten betrachtet werden kann, werden auch diese Komponenten in die Diskussion mit einbezogen.

Auf folgende Aspekte sollte noch hingewiesen werden: Die in diesem Kapitel angesprochenen Untersuchungen beziehen sich nicht nur auf die GT, sondern - da Probleme des Therapieabbruchs und der Erwartungen an den Therapeuten und die Therapie auch für andere Therapieformen existieren - auf psychotherapeutische Behandlung allgemein.

Da die Komplexität des Gegenstandes Psychotherapie es zudem schwierig macht, alle therapierelevanten Aspekte gleichermaßen und gleichzeitig zu berücksichtigen, standen in vielen Untersuchungen oft nur der Klient oder der Therapeut im Vordergrund des Interesses; die Interaktion zwischen ihnen, die auch die Erwartung und den Therapieerfolg bestimmt, ist hingegen noch wenig erforscht.

Angesichts der zahlreichen - vom Klientel, von der Therapieart und dem methodischen Vorgehen kaum vergleichbaren - Untersuchungen sind eindeutige Prognosen und Aussagen über die Zusammenhänge zwischen Erwartung und Therapieabbruch problematisch. BERGIN & GARFIELD (1971), die sich in ihrem Handbook of Psychotherapy and Behavior Change die Mühe machten, die wesentlichen Ergebnisse amerikanischer Psychotherapieforschung von den Anfängen bis ca. 1968 zusammenzutragen, betonen immer wieder die Schwierigkeit, in all diesen Einzelergebnissen gemeinsame Trends festzustellen. Sie halten deshalb eine 'Cross-Validierung' in jedem Fall für unbedingt notwendig.

Die gewählte Aufteilung dieses Kapitels ist deshalb auch willkürlich und stellt einen Versuch dar, die einzelnen Aussagen im Hinblick auf unsere Fragestellung zu strukturieren.

3.1. Untersuchungen zum Thema 'Therapieabbruch'

3.1.1. Zur Begriffsdefinition des 'Terminators'

Unter 'Terminators' versteht man solche Patienten, die nach Akzeptierung für eine Behandlung durch den Therapeuten oder das jeweilige Behandlungsinstitut[1] die Therapie erst gar nicht aufnehmen oder - ohne Angabe von Gründen - vorzeitig verlassen.

MELTZOFF & KORNREICH (1970, S. 359 f.) unterscheiden in Anlehnung an WILLIAMS & POLLACK (1964) vier verschiedene Stadien, in denen die Klienten die Thera-

---

[1] Die Akzeptierung des Klienten durch den Therapeuten oder die Behandlungsinstitution ist eine weitere wichtige Variable für den Therapieverlauf. Neben der Zurückweisung aus Kapazitätsmangel (zuviel Klienten, zu wenig Therapeuten) wurden signifikante Beziehungen gefunden, die darauf hindeuten, daß die mittelschichtsorientierten Therapeuten Patiententypen bevorzugen, die ihnen ähnlich sind. SCHOFIELD (1964) bezeichnete diesen Kliententypen als MR. YAVIS - young, attractive, verbal, intelligent and successful. Kritiker, so GARFIELD (1971, S. 294) und GOLDSTEIN (1973, S. 4 ff.), behaupten deshalb, daß Therapeuten vorwiegend Klienten therapieren, die am wenigsten therapeutischer Behandlung bedürfen. Für das Problem des Therapieabbruchs ist dieser Zusammenhang deshalb bedeutend, weil die Haltung des Therapeuten gegenüber seinem Klienten Einfluß auf den Therapieabbruch haben kann. Ich komme beim Skizzieren der Wirkung therapeutischer Prognosen auf den Erfolg des Klienten darauf zurück.

piebehandlung zurückweisen:

- die 'closure group', die sich zwar zur Anmeldung und Testsitzung im Beratungszentrum einfindet, mit der aber kein Behandlungstermin vereinbart werden kann, da sie danach nichts mehr von sich hören läßt;
- die 'refuser group', die die angebotene Behandlung nicht aufnimmt;
- die 'failure group', die ebenfalls die angebotene Behandlung nicht aufnimmt, obwohl sie versichert hat, daß sie die Behandlung beginnen will;
- die 'defector group', Klienten, die die begonnene Therapie ohne Angabe von Gründen vorzeitig verlassen.

Diese letzte Gruppe nennt man auch 'drop-outs'. Die Klienten, bei denen wir einen vorzeitigen Abbruch der GT-Behandlung feststellten, würden demnach zur 'drop-out'-Gruppe zu zählen sein.

Eine genaue Definition dessen, was ein Therapieabbruch ist und welche Merkmale den typischen Therapieabbrecher kennzeichnen, ist schwierig, da die Klienten nach dem Aufgeben der therapeutischen Behandlung wissenschaftlichen Erhebungen schwer zugängig sind. In einer Untersuchung von FRANK et al. (1959) konnten trotz intensiven Bemühens nach zwei Jahren nur noch 8 Klienten der 'drop-out'-Gruppe, die ehemals 23 Klienten umfaßte, erreicht werden, während von den 54 Klienten der 'remainer'-Gruppe noch 46 zur Nachbefragung erschienen.

Dadurch, daß genaue Daten fehlen, gehen auch die Annahmen darüber, ob der Abbruch einer Behandlung dazu führt, daß der Klient nie mehr eine andere Beratungsstelle aufsucht, auseinander. Während MELTZOFF & KORNREICH die Möglichkeit in Betracht ziehen, "that this early retreat from psychotherapy is followed by an eventually successful stay in therapy" (MELTZOFF & KORNREICH, 1970, S. 371; vgl. auch BRANDT, 1964) und einige Untersuchungen anführen, die bestätigen, daß Klienten nach anfänglicher Behandlungszurückweisung sich überwinden,

doch noch einmal in eine Beratungsstelle zu kommen, vermutet GARFIELD (1971, S. 284) eher, daß 'Terminators' keine weiteren Behandlungsversuche unternehmen.

Diese unterschiedlichen Interpretationen dürften zum einen die angesprochene Schwierigkeit repräsentieren, Ergebnisse verschiedener Untersuchungen zu vergleichen, zum anderen aber auch eine unterschiedliche Gewichtung des Problems reflektieren. Wenn ein vorzeitiger Therapieabbruch dem Klienten die Chance nimmt, durch eine psychotherapeutische Behandlung Hilfe und Verbesserung seines Zustandes zu erreichen, ist - so meinen wir - jeder einzelne Abbruch bereits ein wichtiger Fall.

Die Definition der 'Terminators' ist besonders in der 'defector group', die bereits einige Stunden Therapie bekommen hat, schwierig. In den Untersuchungen wird der Schnitt zwischen 'Terminator' und 'Remainer' deshalb oft auch recht unterschiedlich und z.T. willkürlich gesetzt. Abhängig von der generellen Therapielänge werden einmal Klienten, die nach 8 Therapiestunden die Therapie verlassen, zu den 'Terminators', ein anderes Mal zu den 'Remainers' gezählt. Die meisten Angaben pendeln sich um den 4.-6. Kontakt als Zuordnungskriterium für 'Remainer' ein. GARFIELD (1971, S. 274 f.) kommt nach Durchsicht einiger repräsentativer Studien zu der Ansicht, daß dieser Wert angemessen sein könnte, da die therapeutische Behandlungsdauer im Mittel sechs bis acht Interviews nicht übersteigt.

Ein entscheidendes Manko bei vielen Untersuchungen ist, daß die Definition des 'Terminators' und 'Remainers' post facto erfolgte. So ist auch zu vermuten, daß einige als 'Terminator' klassifizierte Klienten gar nicht zu den Therapieabbrechern gezählt werden dürfen, obwohl sie die Therapie erst gar nicht aufgenommen oder bereits nach ein paar Stunden beendet haben:

> "It is not true that all patients who terminate treatment after the first six to twelve interviews have been unsuccessful... The expectations of the

> patient, the therapist, and the clinic administrators determine who is labeled a 'drop-out'" (MELTZOFF & KORNREICH, 1970, S. 358 f.).

Um genauere Werte zu erhalten, ließ GARFIELD (1971) 11 als 'drop-outs' klassifizierte Klienten aufsuchen und nach den Gründen des Therapieabbruchs befragen. Dabei stellte sich heraus, daß 6 ehemalige Klienten äußere Faktoren (wie: weite Anreise, keinen Babysitter, keine Beurlaubung durch den Arbeitgeber) angaben; drei erklärten sich mit der Behandlungsart oder dem Therapeuten unzufrieden und zwei fühlten sich einfach besser, so daß sie keinen Grund sahen, noch länger in der Therapie zu bleiben. Bei der Darstellung des Zusammenhangs zwischen prognostischen Erwartungen des Klienten und des Therapeuten sowie ihrer Beziehung zum 'Placebo-Effekt' werde ich auf diese sog. "Pseudorejectors" (BRANDT, 1964) zurückkommen.

Zusammenfassend ist festzustellen: Die Definition des 'Terminators' ist schwierig, da die Klienten häufig nicht mehr persönlich befragt werden können. In den Untersuchungen wird oft die Dauer der Therapie als Indiz für den Therapieabbruch gewertet. Richtwerte sind aber nicht möglich, da die Dauer der Therapie den vielfältigsten Einflüssen unterliegt. In einer Untersuchung von SHLIEN et al. (1962) konnte gezeigt werden, daß die tatsächliche Therapiedauer für den Klienten eine relative Größe darstellt. Die Gruppe, der gesagt wurde, die Therapie dauere 20 Stunden, sah sich in ihren Erwartungen weder stärker enttäuscht, noch zeigte sie weniger Therapieerfolg als die Gruppe, der keine Zeitbegrenzung der Therapie angegeben wurde.

Um den 'Terminator' also genauer identifizieren zu können, richtete sich das Interesse der Forscher auf andere Variablen, die dann zur Dauer der Therapie in Beziehung gesetzt wurden.

3.1.2. Charakteristische Merkmale des 'Terminators'

Der Therapieabbruch durch den Klienten ist bisher hauptsächlich in Zusammenhang mit folgenden Variablen untersucht worden: Alter, Geschlecht, Einkommen, Schichtzugehörigkeit, Diagnose, Intelligenz, Persönlichkeitstestdaten sowie Erwartung an die Therapie. Die meisten Untersuchungen beschränken sich dabei auf einige dieser Aspekte.

Auf die Variable 'Erwartung' im Zusammenhang mit Therapieabbruch wird im nächsten Kapitel ausführlicher eingegangen. Hier geht es darum, Trends, die sich in Beziehung zu den anderen oben genannten Variablen andeuten, aufzuzeigen.

Während Diagnose, Alter und Geschlecht keinen Zusammenhang mit dem Therapieabbruch oder -verbleib aufweisen (vgl. GARFIELD, 1971, S. 277 f.; GRAUPE, 1975, S. 64), ergeben sich deutliche Beziehungen zwischen Therapieabbruch und sozialer Schicht.[1] In den Untersuchungen,

---

[1] Wenn ich hier und an anderen Stellen der Arbeit den Begriff 'soziale Schicht' gebrauche, so bin ich mir der Problematik dieses Begriffs voll bewußt. Ich halte jedoch eine Verwendung insofern für statthaft, als ich amerikanische Untersuchungen referiere, in denen von 'social class' usw. im Sinne des bürgerlichen, deskriptiven Schichtbegriffs gesprochen wird. Zur Problematik und Klärung des Begriffs vgl. HERKOMMER (1975, S. 135): "Der Begriff der Klasse gibt die ökonomische Hauptgliederung der bürgerlichen Gesellschaft wieder: Wie Lohnarbeit und Kapital die zwei Seiten des Produktionsverhältnisses in dieser Gesellschaftsformation sind, so sind die Klassen der Produzenten des gesellschaftlichen Reichtums und die Klasse der Eigentümer der gegenständlichen Bedingungen der Produktion die unmittelbar aufeinander bezogenen und einander entgegengesetzten Klassen. Aus dem dominierenden Produktionsverhältnis und dessen innerer, notwendiger Tendenz zur Verwandlung aller Produktion in Warenproduktion und aller Arbeit in Lohnarbeit bestimmen sich auch die Zwischenklassen und die Stellung von Übergangsklassen, die aus früheren Gesellschaftsformationen in die bürgerliche hineinreichen, in dieser aber ein verschwindendes Moment darstellen. Der Begriff der Schicht gibt kein spezifisches Verhältnis der in ihr zusammengefaßten Menschen zu den Bedingungen der Produktion an. Im

denen meist das Fünf-Schichten-Modell von HOLLINGSHEAD & REDLICH (1958) zugrunde liegt, zeigte sich eine stärkere Tendenz bei den Klassen IV und V, die im wesentlichen die Arbeiterklasse repräsentieren, die Therapie eher als von den Therapeuten erwartet, aufzugeben (IMBER et al., 1956; HEINE & TROSMAN, 1960; OVERALL & ARONSON, 1963; BAUM & FELZER, 1964; GOIN et al., 1965; BAUM et al., 1966).

Der Zusammenhang zwischen Bildungsgrad und Therapieabbruch ist dagegen weniger eindeutig. GARFIELD (1971, S. 277) meint dazu: "It is likely that education below a certain level may be a factor in continuation in therapy." Er vermutet deshalb, daß nicht die Schichtzugehörigkeit und das Bildungsniveau allein bereits ausschlaggebend für den Therapieerfolg bzw. Therapieabbruch sind, sondern ein komplexerer Faktor, der verbale Fähigkeiten, Therapiemotivation, Einsicht in die Notwendigkeit therapeutischer Behandlung etc. umfaßt.

Da die Unterschicht in all diesen Faktoren benachteiligt ist, ergibt sich hier zwangsläufig eine größere Zahl von 'Terminators'. Ähnlich sehen MELTZOFF & KORNREICH (1970, S. 362) die "psychologischen Implikationen" der sozialen Situation, d.h. das gelernte Verhalten, Einstellungen, Erwartungen als die eigentliche Ursache für vorzeitigen Therapieabbruch an.

Untersuchungen, in denen der Versuch unternommen wurde, aufgrund von Testergebnissen 'Terminators' und 'Remainers' zu diskriminieren, sind in ihren Aussagen wenig ergiebig. Eine gute Vorhersage bildet - in Übereinstimmung mit dem bisher Gesagten - nur der IQ (HILER, 1958).

---

wissenschaftlichen und nicht bloß metaphorischen Sinn von Schichten 'zwischen' oder 'neben' den Klassen zu sprechen, ist deshalb zumindest ungenau und muß Verwirrung stiften." Vgl. hierzu auch GLEISS et al. (1973, S. 25 f.).

Dagegen ist eine Identifizierung des 'Terminators' anhand von Persönlichkeitstests (es wurden vorwiegend RORSCHACH und MMPI herangezogen) wesentlich unbefriedigender.

Mc NAIR et al. (1963) testeten eine Patientengruppe mit einer Testbatterie. Als Abbrecher definierten sie Klienten, die in weniger als 16 Wochen die Therapie ohne Einverständnis und Wissen des Therapeuten beendeten. Sie charakterisieren den Abbrecher folgendermaßen: sprachlich nicht gewandt, weniger gebildet, weniger ängstlich, impulsiv, häufiger mit dem Gesetz in Konflikt, wenig kooperativ, ohne Interesse an psychischem Geschehen (vgl. HACKNEY, 1959).

BORGHI (1965) konnte in seiner Untersuchung diese Ergebnisse nicht bestätigen und kommt deshalb zu dem Schluß, daß eine Identifizierung von 'Terminators' und 'Remainers' anhand von Persönlichkeitsmerkmalen wohl ausgeschlossen ist; die Erwartung des Klienten an die Therapie und den Therapeuten erscheint ihm dagegen aussagekräftiger.

3.1.3. Zusammenfassung

Aufgrund der bisherigen Ergebnisse kann festgehalten werden, daß der Abbrecher sich als eine Person erweist, die am wenigsten dem Kliententyp entspricht, der von den meisten Psychotherapieformen gefordert wird. Mc NAIR et al. (1963) vermuten, daß Klienten ein Gespür für diese Diskrepanz haben und deshalb die Therapie zurückweisen. Allerdings muß man dabei beachten, daß viele Therapeuten einen Mr. NON-YAVIS (vgl. Fußnote S. 31) ebenfalls für ungeeignet halten und durch ihr Verhalten die hohe 'drop-out'-Rate beeinflussen.

Aus der Charakterisierung des 'Terminators' dürfte weiterhin deutlich geworden sein, daß der Unterschichtsklient aufgrund seiner Sozialisation am häufigsten unter den Abbrechern zu finden sein wird.

Da die Einstellung zu psychischem Geschehen wie zu Problemlösungen generell ein wichtiges Abbruchkriterium zu sein scheint und die Erwartung z.T. diese Einstellung reflektiert, ist es naheliegend, daß ebenfalls Untersuchungen zur Dimension Erwartung - Therapieabbruch durchgeführt wurden.

3.2. Die Variable 'Erwartung' und ihr Bezug zum Therapieabbruch

Die Diskussion in den 50-er Jahren um den 'Placebo-Effekt' und die 'Spontane Remission' war einer der Anlässe zur näheren Beschäftigung mit dem psychischen Phänomen der Erwartung in der Therapieforschung.

Gleichzeitig besann man sich auf Ergebnisse anderer Forschungszweige in der Psychologie, die die Erwartung schon länger als einen wichtigen Faktor für das Verhalten eines Individuums betrachteten. So gehen die ersten Impulse zur Betrachtung der Erwartungshaltung von der Wahrnehmungs- und Anspruchsniveauforschung aus (vgl. GOLDSTEIN, 1960 b; 1966).

GOLDSTEIN (1962 b) widmete dem Komplex Therapeuten- und Klientenerwartungen eine Monographie, in der er, neben einer Diskussion über verschiedene Ansätze zur Definition von Erwartung, eine Reihe von Forschungsergebnissen referiert, die allerdings durch neuere Erkenntnisse z.T. revidiert werden müssen. Um das komplexe Gebiet der Erwartungen sowohl in der Zugehörigkeit zu dem, der erwartet, und zu der Sache, die erwartet wird, zu strukturieren, unterteilt er die Erwartungen in prognostische und Rollenerwartungen des

Klienten und des Therapeuten. Diese Unterscheidung ist inzwischen allgemein üblich geworden und erscheint mir zur besseren Übersicht auch in unserem Fall sinnvoll.

Bevor wir auf die speziellen Untersuchungen zu diesen Bereichen eingehen, soll kurz der Zusammenhang der prognostischen Klientenerwartung zum Phänomen des 'Placebo-Effekts' und der 'Spontanen Remission' aufgezeigt werden.

3.2.1. Prognostische Klientenerwartungen, Placebo-Effekt und Spontane Remission

> "It has long been known that the absence of positive expectations (hopelessness) can retard recovery from illness or even hasten death" (FRANK, 1968 a, S. 349).

3.2.1.1. Placebo-Effekt und Erwartungshaltung

Daß der Placebo-Effekt[1] u.a. von günstigen Erfolgserwartungen des Klienten hervorgerufen wird, konnte in zahlreichen Untersuchungen bestätigt werden (ROSENTHAL & FRANK, 1956; FRANK et al., 1959; LESSE, 1964; FRANK, 1968 a; BEDNAR, 1970).

In der Untersuchung von FRANK et al. (1959) wurden 12 Patienten, die nach 3 Jahren zu einer routinemäßig

---

[1] Die Definition des Placebo-Effekts ist schwierig, denn: "the placebo effect is a multidetermined phenomenon that is not yet understood" (SHAPIRO, 1971, S. 441). SHAPIRO selbst bietet folgende Definition an: "The placebo effect is defined as the nonspecific, psychologic, or psychophysiologic effect produced by placebos" (ebenda, S. 440; Hervorhebung im Original).

durchgeführten Therapienachbefragung kamen und sich erneut einer Behandlung unterziehen wollten, da wiederum Schwierigkeiten aufgetaucht waren, einer 14-tägigen Placebo-Behandlung zugeführt. Ein Vergleich der Testdaten vor der Behandlung mit den Testdaten nach der Behandlung ergab eine signifikante Symptomverbesserung bei allen Klienten. Die Autoren interpretieren die Ergebnisse folgendermaßen:

> "This is consistent with the hypothesis that the diminution of discomfort is a response to the patient's expectancy of help, which presumably is often strongly activated early in his contact with the doctor" (FRANK et al., 1959, S. 966).

LESSE (1964) nimmt an, daß nicht nur die vorherige Erfahrung, die der Klient mit einem bestimmten Therapeuten gehabt hat, verantwortlich für den Placebo-Effekt ist, sondern die ganze Art und Weise, in der Therapeuten erscheinen, ihre verbale und nicht-verbale Ausdrucksweise, ihr Bekanntheitsgrad etc. die prognostischen Erwartungen des Klienten beeinflussen, und so - auch bei Nicht-Behandlung - schon zur Symptomverbesserung beitragen.

Daß die zwischenmenschliche Beziehung, die der Therapeut aufbauen kann, die prognostischen Erwartungen des Klienten beeinflußt und damit zum Placebo-Effekt beiträgt, beweisen Untersuchungen, in denen sich bei rein medizinischer Kontaktaufnahme zwischen Arzt und Patient eine Placebo-Behandlung als ineffektiv erwies. Allerdings ist auch zu beachten, daß eine gute therapeutische Beziehung erst aufgebaut werden kann, wenn der Klient einen grundsätzlich positiven Bezug zur Heilung und zum Leben in sich trägt (FRANK, 1968 a).

3.2.1.2. Spontane Remission: 'non-specific therapy' Remission

Damit stellt sich auch gleich die Frage nach der Spontanen Remission. Tritt Verbesserung bereits dann ein, wenn der Therapeut eine überzeugende Figur darstellt, und erfüllt er damit bereits die Erwartungen des Klienten an die Therapie, so ist es auch möglich, daß irgend ein anderes Ereignis außerhalb der therapeutischen Behandlung, das ebenfalls den Erwartungen der kranken Person im Hinblick auf Besserung entspricht, dieselbe Wirkung auslöst.

> "The spontaneous remission phenomenon has also made us more convinced that psychotherapy is merely a special case of a much broader range of therapeutic phenomena that exist naturalistically in society" (BERGIN, 1971, S. 246).

Zur Diskussion der Effektivität[1] von Therapie überhaupt schreiben ROSENTHAL & FRANK in Auseinandersetzung mit der durch EYSENCK (1952) ausgelösten Konfrontation:

> "... improvement under a special form of psychotherapy cannot be taken as evidence for: (a) correctness of the theory on which it is based; or (b) efficacy of the specific technique used, unless improvement can be shown to be greater than or qualitatively different from that produced by the patients' faith in the efficacy of the therapist and his technique - 'the placebo effect'. This effect may be thought of as a nonspecific form of psychotherapy and it may be quite powerful in that it may produce endorgan changes and relief from distress of considerable duration" (ROSENTHAL & FRANK, 1956, S. 300).

GOLDSTEIN (1960 a, S. 402) schlägt deshalb vor, den Begriff Spontane Remission genauer als 'non-specific

---

[1] Inzwischen hat sich die Fragestellung in der Therapieforschung verändert. So heißt die Frage nicht mehr: Ist Therapie überhaupt effektiv?, sondern: "Under what conditions will this type of client with these particular problems be changed in what ways by specific types of therapists?" (BERGIN & GARFIELD, 1971, S. XI).

therapy remission' zu kennzeichnen. Er weist darauf hin, daß schon der Kontakt bei der Anmeldung mit dem Interviewer und die erste Begegnung des Klienten mit dem Therapeuten zur Reduzierung der Krankheitssymptome führen kann, bevor die eigentliche Behandlung aufgenommen wird.[1]

Diese Probleme werden in der Therapieforschung inzwischen berücksichtigt, indem das Versuchsdesign so angeordnet ist, daß Wartegruppeneffekte kontrolliert werden können. So konnte auch nachgewiesen werden, daß psychotherapeutische Behandlung Effekte zeigt, die denen einer 'nicht-spezifischen Behandlung' überlegen sind (vgl. BOMMERT et al., 1972, S. 48). Möglicherweise stellt die Spontane Remission ein Artefakt der Forschungsmethode dar, da eine echte Nicht-Behandlung in der Therapieforschung nicht möglich ist.

3.2.2. Prognostische Erwartungen des Klienten

Die prognostischen Erwartungen des Klienten beziehen sich

- einmal auf den Ausgang der Therapie (wird die Behandlung erfolgreich sein?),
- zum zweiten auf die Mittel, die zur Erreichung des Ziels eingesetzt werden. CARTWRIGHT & CARTWRIGHT (1958) unterscheiden zwischen der Hoffnung des Klienten in den Therapeuten, in die Techniken und in die eigene Person als Hilfsquelle; und

---

[1] Im Abschnitt über den 'Terminator' wurde bereits darauf hingewiesen, daß dieser Kontakt - falls er den Klienten befriedigt - das Therapiebedürfnis aufheben kann. Für den Therapeuten oder die Institution werden diese "Pseudorejectors" zu Abbrechern, da sie sich nicht an die 'Spielregeln' halten, die eine bestimmte Zeitdimension für die Therapie und ein Einverständnis zwischen Therapeut und Klient über den Zeitpunkt der Beendigung der Therapie vorschreiben.

- auf die Dauer der Therapie (wie lange dauert es, bis der Erfolg eintritt?).

3.2.2.1. Erwartungen zum Therapieerfolg

Die Untersuchungen zum Bereich 'prognostische Erwartungen des Klienten und Therapieerfolg' zeigen unterschiedliche Ansätze: Die Erwartung therapeutischen Erfolgs wird erhoben, indem
- einmal der Klient nach seinen Erwartungen, die er zur Therapiebehandlung mitbringt, vor der Therapie befragt wird ('Expectancy Trait');
- zum anderen wird beim Klienten vor der Behandlung ein Erwartungszustand experimentell hervorgerufen, z.B. durch Information, daß die therapeutische Behandlung, die er erhalten wird, bisher besonders erfolgreich gewesen ist ('Expectancy State').

Die Unterscheidung zwischen 'Expectancy Trait' und 'Expectancy State' erfolgt nach WILKINS (1973, S. 70).

In den meisten Untersuchungen erweisen sich die Erfolgserwartungen des Klienten als schlechte Prediktoren für den tatsächlichen Erfolg.

GOLDSTEIN & SHIPMAN (1961), die die Erwartungen des Klienten als 'traits' untersuchten, vermuten, daß zwischen Erfolgserwartung und tatsächlichem Erfolg eine kurvilineare Beziehung besteht: Klienten, die eine zu große oder zu schwache Hoffnung in den Erfolg setzen, verändern sich weniger als Klienten, die nicht diesen extremen Erwartungen unterliegen. D.h., daß Klienten, die eine realistische Einschätzung dessen, was Therapie leisten kann, besitzen, die Behandlung stärker für sich nutzen können als Klienten mit weniger realistischen Annahmen. (In diesem Zusammenhang sind sicher auch die Erwartungen des Therapeuten zu

berücksichtigen, der sowohl durch zu hohe als auch zu geringe Erwartungen in den Therapieerfolg auf seiten des Klienten das Interesse an der Behandlung verliert, weil er einmal zu sehr unter Druck gesetzt wird, und weil er andererseits nicht genügend gefordert wird).

In einer deutschen Untersuchung von BOMMERT, MANN & STAUSS (1975), in der die Erwartungen der Klienten an die Therapie ebenfalls in Beziehung zum Therapieerfolg erforscht wurden, zeigte sich übereinstimmend, daß Klienten mit extremen Annahmen (Ich nehme an, daß sich durch die Therapie alle meine Probleme für immer vollständig lösen lassen werden) in den Testdaten weniger konstruktive psychische Veränderungen zeigten.

Ähnliche Ergebnisse bringt eine Arbeit von FRIEDMAN (1963), während in anderen Projekten von GOLDSTEIN (1960 b) und BRADY et al. (1960) kein Zusammenhang zwischen Erfolgserwartungen der Klienten und tatsächlicher Symptomreduzierung festgestellt werden konnte.

WILKINS (1973) kommt nach Durchsicht der 'Expectancy Trait'-Untersuchungen zu dem Schluß, daß die widersprüchlichen Ergebnisse in dem unterschiedlichen methodischen Vorgehen begründet sind. Die Untersuchungen, die eine positive Beziehung nachweisen konnten, stützen sich sowohl in den Erwartungs- als auch Erfolgseinschätzungen nur auf die Selbsteinschätzung der Klienten. Dabei ist anzunehmen: "Many other factors besides how Ss actually feel may influence their self-reports of how they feel" (WILKINS, 1973, S. 71).

Das Q-Sort-Verfahren von STEPHENSON (1953), das in diesen Untersuchungen zum größten Teil verwandt wurde, ist inzwischen im Hinblick auf seine tatsächliche Aussagekraft problematisiert worden. Ergebnisse aus der Sozialpsychologie zur sozialen Wahrnehmung legen nahe, daß eine Einschätzung des Selbst und des Ideals,

wie es dem Q-Sort zugrunde liegt, vielfältigen Einflüssen ausgesetzt ist, die, wenn sie in die Beurteilung der Diskrepanz nicht eingehen, zu falschen Einschätzungen führen (PÖHM, 1972). Es ist somit anzunehmen, daß die gefundene positive Beziehung zwischen prognostischen Erwartungen und Therapieerfolg durch komplexere Faktoren beeinflußt wurde.

Untersuchungen unter dem 'state'-Aspekt sind ebenfalls wenig aussagekräftig (GROSZ, 1968; KRAUSE et al., 1969). In einigen Erhebungen ergab sich:

> "Groups who received high-expectancy instructions showed slightly less improvement than groups receiving low- or no-expectancy instructions" (WILKINS, 1973, S. 70).

Die unterschiedlichen Ergebnisse in diesen Untersuchungen sind wiederum methodisch begründet:

> "Without exception, in the expectancy state studies where expectancy effects were reported, the therapists were not experimentally blind; in studies failing to demonstrate expectancy effects, therapists were blind" (WILKINS, 1973, S. 72).

Hier wird erneut die enge Beziehung zwischen den prognostischen Erwartungen des Klienten und denen des Therapeuten sehr deutlich.

MARTIN & STERNE (1975) versuchen, die Kritik von WILKINS (1973) in ihrer Untersuchung konstruktiv werden zu lassen, indem sie sowohl vom Klienten als auch vom Therapeuten objektive Messungen der Erwartung und der Symptomreduktion vornehmen. Außerdem wählen sie ein anderes Klientel als in den bisherigen Untersuchungen: schwer gestörte hospitalisierte Patienten. Auch ihre Ergebnisse bestätigen, daß die Klientenerwartungen den Therapieerfolg schlecht voraussagen, während die Prognosenerwartungen der Therapeuten mit dem tatsächlichen Erfolg eine signifikante Beziehung darstellen. Ihre Interpretation der gefundenen Zusammenhänge wird im Abschnitt über 'prognostische Erwartungen des Therapeuten' referiert werden.

3.2.2.2. Erwartungen und Motivation

In einigen Untersuchungen wurde - unter der Annahme, daß Motivation für den Therapieerfolg wichtig ist - weiterhin die Frage gestellt, ob die prognostischen Erwartungen des Klienten seine Motivation widerspiegeln (LIPKIN, 1954; GOLDSTEIN & SHIPMAN, 1961; KRAUSE, 1967).

GOLDSTEIN & SHIPMAN (1961) nehmen an, daß die Motivation vom Ausmaß des Wunsches nach Besserung durch die Therapie bestimmt wird. Motivation wurde in diesen Untersuchungen definiert durch den Grad der Beeinträchtigung, die die Klienten vor der Therapie empfanden. In Beziehung zum vorher Gesagten ergibt sich daraus, daß Motivation und damit der Wunsch nach therapeutischer Behandlung nur so lange den Behandlungserfolg unterstützt, so lange der Druck, durch diese Behandlung unbedingt geheilt werden zu müssen, nicht zu hoch ist; ein gewisses Ausmaß an Angst ist motivationssteigernd.

LESSE (1964, S. 501) und KRAUSE (1967, S. 359) sehen die Motivation des Klienten als eine besondere Komponente seiner Erwartungen. Es besteht durchaus die Möglichkeit, daß die Motivation zur Heilung hoch ist, doch braucht die Erwartung, daß die angebotene Therapie hilfreich ist, nicht ebenfalls hoch zu sein (LESSE, a.a.O.; FRIEDMAN, 1963, S. 65). Da es aber diese enge Verbindung zwischen Motivation und Erwartung gibt und Motivation für den Therapieerfolg und die Behandlung notwendig ist, weist KRAUSE darauf hin,

> "that a thorough appraisal and clarification of the probable benefits and costs of treatment for at least each doubtful applicant would be most appropriate" (KRAUSE, 1967, S. 364).

In diesem Zusammenhang ist eine weitere Untersuchung interessant, die auf den Konstrukten der 'Social

Learning Theory' (SLT) von ROTTER (1954)[1] eine Vorhersage von Therapieerfolg und -abbruch versucht. Die Hypothese, die PIPER et al. (1972, S. 548) aufstellten, lautet:

> "the lower the expectancy that therapy would be helpful and the lower the reinforcement value of improvement for a patient, the more likely the patient would become a terminator".

Durch Hinzuziehung des Verstärkerwertes, den ein Therapieerfolg für den Klienten hat, hofften die Autoren, die schwache Stelle in der Beziehung zwischen Klientenerwartung und Therapieerfolg geschlossen zu haben. Es zeigte sich, daß 'Terminators' (definiert als Klienten mit höchstens 3 Stunden Therapie) im Gegensatz zu den 'Remainers' (definiert als Klienten mit 8 oder mehr Stunden Therapie) in den erhobenen Testwerten zur Erfolgserwartung und Verstärkergröße einen insgesamt gesehen niedrigeren Score aufwiesen. Eine weitere Messung, die Aussagen darüber machen sollte, inwieweit die Erwartungen der Klienten generalisierte Erwartungen sind, ergab, daß die Erfahrungen mit anderen 'professionals' (z.B. Ärzten) den entscheidenden Einfluß auf die Ausrichtung der Erwartungen haben.

---

[1] Die SLT ist eine Theorie molaren Verhaltens, die eine Integration von Feldtheorie und funktionaler Verhaltenstheorie versucht. Die bestimmenden Konstrukte der Theorie sind: Behavior Potential (Verhaltenspotential), Expectancy (Erwartung), Reinforcement Value (Verstärkerwert) und The Psychological Situation (die psychologische Situation). Es wird angenommen, daß zwischen diesen vier Größen folgende Beziehung existiert: "Das Potential von funktional verbundenem Verhalten in einer spezifischen Situation in Verbindung mit potentiellen Verstärkern ist eine Funktion der Erwartung, mit der diese Verhaltensweisen in dieser Situation zu Verstärkungen führen, und der Werte dieser Verstärkungen in diesen Situationen" (zit. nach MÜLLER, 1975, S. 14).

3.2.2.3. Kulturbedingte Erfolgserwartungen

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der die Erwartungen auf Therapieerfolg mitbestimmt, ist die Beziehung, die der Klient bereits vorher zur psychotherapeutischen Behandlung allgemein aufgebaut hat und aufbauen konnte. Hierzu gehören das Wissen über Möglichkeiten therapeutischer Behandlung, über Erfolgschancen, frühere Erfahrungen mit ähnlicher Behandlung etc. Dies Wissen ist größtenteils abhängig vom gesellschaftlichen Stand der Information über den psychotherapeutischen Versorgungssektor. LESSE (1964) glaubt deshalb, geradezu von 'kulturbedingter Erwartungshaltung' sprechen zu können:

> "At various periods of history different therapeutic procedures have been popularly endowed with extensive curative powers. These cultural expectancies in themselves set the mood for positive results" (LESSE, 1964, S. 498).

In Bezug auf den kulturbedingten Informationsstand hinsichtlich der Psychotherapie sind uns die USA um Jahre voraus. Kino, Theater, Fernsehen, populärwissenschaftliche Literatur und enthusiastische Berichte von Therapieerfolgen haben in den USA die Bevölkerung so weit beeinflußt, daß LESSE (1964, S. 499) sie als "very fertile, expectant population" charakterisiert. GOLDSTEIN (1962 a, S. 73) faßt diesen Sachverhalt folgendermaßen zusammen:

> "There is increasing acceptance by Americans today of the idea that if one is mentally ill, psychotherapy is the treatment of choice and a psychiatrist is the therapeutic agent of choice. The cultural endorsement can logically have a reinforcing effect on the favorable expectancies of a person seeking psychotherapy."

Der Unterschied in dem gesellschaftlichen Wissen um die Psychotherapie dürfte für die BRD die Auswirkung haben, daß sich hier (im Gegensatz zur USA) auch sog. Mittelschichtsklienten zunächst noch schwertun mit einem therapeutischen Konzept nach Muster der GT. Dies steht als Vermutung auch hinter unserer Untersuchung,

der ein Mittelschichtsklientel zugrundeliegt.

GOLDSTEIN & SHIPMAN (1961) konnten in ihrer Untersuchung zwar keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen bestimmten Beziehungen zur therapeutischen Behandlung und Erfolgserwartung feststellen, doch zeichnete sich eine Tendenz zwischen Vertrauen in die Beratungsstelle und Therapieerfolgserwartungen ab (vgl. dazu die Wirkung des Placebo-Effekts, S. 39 f.).

Die prognostischen Erwartungen an den Therapeuten selbst, an die angewandte Technik und die eigene Person des Klienten sind besonders durch die bisherigen Erfahrungen und Gewohnheiten beim Problemlösen beeinflußt. So vermuteten schon CARTWRIGHT & CARTWRIGHT (1958), daß in einer Einsichts-orientierten Therapie wie Psychoanalyse und GT die Erwartung des Klienten, die eigene Person sei die entscheidende Kraft für Veränderungen, einen positiven Effekt auf den Therapieausgang haben dürfte. Im entsprechenden Kapitel über Rollenerwartungen werden wir darauf näher eingehen.

3.2.2.4. Erwartungen hinsichtlich der Länge der Therapie

In den wenigen Untersuchungen, in denen speziell die Erwartungen des Klienten im Hinblick auf die Länge der Therapie untersucht wurden, wurde keine bestimmte Zeitpräferenz gefunden.

Im allgemeinen hoffen die Klienten, daß die Therapie möglichst schnell Erfolg zeigt. In einer Untersuchung von GARFIELD & WOLPIN (1963) erwarteten 75 % der Klienten eine Verbesserung nach 5 Stunden, 70 % hielten die Therapie nach 10 Stunden für beendet (vgl. auch LENNARD & BERNSTEIN, 1960, S. 160 - 162).

Das Experiment von SHLIEN et al. (1962) zeigte zudem, daß eine Zeitlimitierung der Therapie weder den Erwartungen der Klienten widersprach noch den Therapieerfolg negativ beeinflußte. TRUAX & CARKHUFF (1966, S. 361) halten dadurch die These für bestätigt, daß eine Art Ziel oder Teilziel (wie der Zeitfaktor) den Therapieprozeß beschleunigt.

3.2.2.5. Fazit

In all den bisherigen Untersuchungen hat sich gezeigt, daß die prognostischen Erwartungen des Klienten allein kein guter Prediktor für den Therapieerfolg sind. BORGHI (1965) kommt nach einer qualitativen Analyse von Therapietonbändern zu dem Schluß, daß eine vorzeitige Beendigung der Therapie das Ergebnis einer permanenten Inkongruenz zwischen Klient und Therapeut in der Therapie darstellt.

3.2.3. Prognostische Erwartungen des Therapeuten

Bei der Darstellung der prognostischen Erwartungen des Klienten ist deutlich geworden, daß diese im starken Ausmaß durch den Therapeuten und seine Erfolgserwartungen in Bezug auf seinen Klienten bestimmt sind.

So konnte GOLDSTEIN (1962 b) zeigen, daß eine Veränderung bei Unterschichtsklienten verbunden war mit mäßigen Erwartungen der Klienten, aber hohen Erfolgserwartungen des Therapeuten (vgl. MARTIN & STERNE, 1975). Doch beobachteten Mc MAHON (1964) und BORGHI (1965), daß gerade Unterschichtsklienten mit hoher Erwartung an die Therapie herantreten, während der Therapeut bei diesen Klienten von vornherein wenig Veränderungsmöglichkeiten vermutet. Damit ist in einer Art 'self-fulfilling prophecy' der Therapieausgang

nahezu vorprogrammiert. Diese Klienten empfinden die therapeutische Behandlung nicht als hilfreich, der Therapeut hält diese andererseits für den Klienten ebenfalls nicht für hilfreich. Damit schließt sich der Kreis, der die hohe 'drop-out'-Rate unter Unterschichtsklienten mitbestimmt.

TRUAX & CARKHUFF (1966, S. 174) meinen dazu: Wenn der Therapeut seine Vorurteile abbauen kann, und auch solchen Klienten (sie sprechen von schwer gestörtem Klientel, das ähnlich wie Unterschichtsklienten von vielen Therapeuten als nicht therapierbar eingestuft wird) alle notwendigen Bedingungen einer therapeutischen Beziehung anbieten würde, so wäre - ohne Änderung der Methode - ein positiver Therapieausgang zu erwarten.

Der Prozeß der Beeinflussung des Klienten geschieht nicht notwendigerweise explizit, indem der Therapeut sich verbal dazu äußert. Seine gesamte Haltung in der Therapie, seine Art zu sprechen, auf den Klienten einzugehen, seine sichtbare Aktivität und sein Engagement sind Ausdruck seiner eigenen Erwartungen und Hoffnungen (vgl. Darstellungen zum deutschen Konzept der GT, S. 24 ff.).

SNYDER (1946) kommt in seiner Untersuchung zur Wirkung der Variablen 'Wärme' in der Gesprächspsychotherapie zu dem Schluß, daß in einer so engen Beziehung wie der therapeutischen der Klient auch Haltungen des Therapeuten wahrnimmt, die dieser bewußt zu unterdrücken sucht. Inzwischen gibt es zahlreiche Experimente, die erfolgreich nachweisen konnten, daß der Therapeut den Klienten 'suggestiv' beeinflußt.

Der Mechanismus der Beeinflussung wird von den Autoren, je nach Standpunkt, unterschiedlich interpretiert. Es seien hier nur einige Erklärungsmöglichkeiten aufge-

führt:

- GREENSPOON (1955), der als einer der ersten nachwies, daß durch den Prozeß der 'verbalen Konditionierung' der Therapeut einen entscheidenden Einfluß auf das Geschehen in der Therapie nimmt, erklärt den Ablauf mit dem Mechanismus des 'operanten Konditionierens' (vgl. auch KRASNER, 1958 und FRANK, 1959).
- GLIEDMAN et al. (1958) nehmen an, daß der Klient in seiner Notlage motiviert ist, dem Therapeuten zu gefallen und deshalb sich entsprechend dessen Erwartungen anpaßt.
- JANIS & FIELD (1956) und BEDNAR (1970) erklären den Therapieerfolg als eine direkte Funktion der Fähigkeit des Therapeuten, durch 'persuasion' Erfolgserwartungen beim Klienten hervorzurufen.
- Andere Ansätze kommen mehr von der sozialpsychologischen Seite; so NEWCOMBs (1956) 'personal attraction'-Ansatz und TRIANDIS' (1960) Hypothese, daß kognitive Ähnlichkeit die Kommunikation zwischen zwei Personen erleichtert (vgl. LENNARD & BERNSTEIN, 1960 und ROSENTHALs "Experimenter bias phenomenon", 1963).

GOLDSTEIN & SHIPMAN (1961), WINDER et al. (1962), FRIEDMAN (1963), BAUM & FELZER (1964), GLADSTEIN (1969) weisen darauf hin, daß das erste Interview für die Erfolgserwartungsübertragung vom Therapeuten auf den Klienten bereits von entscheidender Wichtigkeit sein kann. Dazu ist ein Experiment von STRUPP (1958) interessant. Er führte einer Reihe von Therapeuten einen Film von einem Erstinterview vor und forderte sie auf, an einigen Stellen selbst eine Antwort auf die Frage des Klienten zu formulieren. Es zeigte sich, daß diejenigen, die wenig an den Fortschritt des Klienten glaubten, 'kältere' Antworten gaben als diejenigen, die positive Prognosen für den Klienten aufstellten.

MARTIN & STERNE (1975) interpretieren diesen Zusammenhang, daß die Prognose des Therapeuten für den tatsächlichen Therapieausgang entscheidender ist als die des Klienten, noch in einer etwas anderen Weise. In ihrem Experiment, in dem die prognostischen Erwartungen des Therapeuten und Klienten sowie der Therapieausgang durch Fragebögen erhoben wurden, kommen sie zu folgendem Schluß:

> "therapists, through their training and experiences, are likely to recognize symptoms and patterns of patient behavior (prognosticators) that are predictive of good outcome. Thus, their statements of expectation regarding patient recovery might reflect the manner in which they read and interpreted such guides, and the degree of association between their stated expectations and eventual outcome of treatment could reflect the accuracy of reading of available prognosticators" (MARTIN & STERNE, 1975, S. 576).

Allerdings ist damit nicht ausgeschlossen, daß der Therapeut trotz seiner Erfahrungen und seines Wissens nicht doch auch seinen eigenen subjektiven Einschätzungen unterliegt.

SHAPIRO (1971) vermutet, daß das Interesse des Therapeuten zunächst auf die Behandlung ausgerichtet ist und der Klient eine sekundäre Rolle spielt. Zeigt sich der Klient dann allerdings als wenig motiviert, so läßt auch das Interesse des Therapeuten an der Behandlung nach (SHAPIRO, 1971, S. 453).

3.2.4. Prognostische Erwartungen und Therapieabbruch

In den Untersuchungen konnte bisher keine eindeutige Beziehung zwischen Erfolgserwartungen des Klienten und dem tatsächlichen Therapieerfolg nachgewiesen werden. Dagegen zeigte sich eine überzeugende Beziehung zwischen den Erwartungen und Hoffnungen, die der Therapeut in die günstige Entwicklung seines Klienten setzt, und dem Therapieerfolg.

Da die Erfolgserwartung des Therapeuten wiederum von seiner Einschätzung des Klienten abhängt und diese seine therapeutischen Maßnahmen und Anstrengungen beeinflußt, scheint ein Abbruch der Therapie von der aufgebauten therapeutischen Beziehung stärker abzuhängen als von den Einzelerwartungen des Klienten oder Therapeuten (HEINE & TROSMAN, 1960, HELLER & GOLDSTEIN, 1961, BORGHI, 1965). PARLOFF (1961, S. 37) schreibt dazu:

> "Premature termination of therapy by a patient appears to be related to his perception of the 'goodness' of the relationship he has established with his therapist."

Diese Hypothese unterstützt auch eine Untersuchung von GOLDSTEIN (1960 b), in der er eine signifikante Beziehung zwischen den prognostischen Erwartungen des Therapeuten und der Therapiedauer sowie zwischen der Kombination von Klienten- und Therapeutenprognosen und Therapiedauer fand. Die signifikanten Ergebnisse wurden in Bezug auf die 10. und 15. Therapiestunde, jedoch nicht in Bezug zur 5. Therapiestunde gefunden. GOLDSTEIN bemerkt:

> "The expectations held by the therapist at the fifth session regarding personality change in his client may be more a function of his perceived success and failure with past clients than his feelings concerning his present client's progress. By the tenth session, however, their psychotherapeutic interaction is less 'novel' and the major determiner of the therapist's expectations may have shifted from generalization effects to task effects. In a similar fashion, the client's expectations regarding change in himself which he holds at the fifth session might be more a function of his past experiences with other sources of formal and informal psychotherapeutic assistance, rather than his experience with his psychotherapist. The decrease in 'novelty' over the subsequent five sessions may shift the basis for the client's expectations also in the direction of task effects" (GOLDSTEIN, 1960 b, S. 183).

Die ersten Therapiestunden sind somit sehr wichtig zur Abklärung gegenseitiger Erwartungen, die Therapeut und

Klienten aneinander stellen. Wird diese Klärung nicht vorgenommen, so kann aufgrund gegenseitigen permanenten Mißverstehens der Therapieprozeß nicht in Gang kommen. Der Klient bricht die Therapie ab bzw. der Therapeut gibt ihm (eventuell auf subtile Weise) zu verstehen, daß er diesen Klienten nicht für therapiegeeignet hält; als Folge davon zieht sich der Klient zurück.

Die Beobachtung, daß der Klient, wenn er die Therapie abbricht, dies in den ersten Stunden tut, mag hier begründet sein. Es ist zu vermuten, daß Klienten in der Therapie bleiben, wenn wenigstens ein Teil ihrer Erwartungen erfüllt wird (GLADSTEIN, 1969, S. 480) bzw. der Therapeut auf "dependency need" des Klienten in den ersten Stunden eingeht (WINDER et al., 1962, S. 134).

Eine Klärung der gegenseitigen Erwartungen muß nicht nur im Hinblick auf den zu erwartenden Erfolg der Behandlung und die Zeit, die benötigt wird, um diesen Erfolg zu erreichen, stattfinden, sondern - da davon abhängig - auch im Hinblick auf das Verhalten, das Therapeut und Klient in der Therapie verwirklichen werden. Da der Therapeut hier den Klienten gegenüber einen Vorsprung hat, weil er die Methode kennt und weiß, welches Verhalten des Klienten sich am günstigsten auswirken wird, hatten wir bereits zu Ende des 2. Kapitels darauf hingewiesen, daß es für eine partnerschaftlich orientierte Therapie wie die GT sinnvoll ist, dem Klienten diesen Vorsprung durch Vorinformationen über die Therapie und die notwendigen Verhaltensweisen rechtzeitig - am besten vor Beginn - zu vermitteln.

Bevor Möglichkeiten vorheriger Einflußnahme auf den Klienten - um ihm ein 'gerechteres' Klientenverhalten zu vermitteln, das ihn beim Therapeuten besser akzeptiert sein läßt - besprochen werden, sollen zunächst die typischen Rollenerwartungen, die Klienten an ihre Therapeuten und sich selbst stellen, dargestellt werden.

3.2.5. Rollenerwartungen in der Therapie

3.2.5.1. Rollenerwartungen des Klienten an den Therapeuten

Die Erwartungen des Klienten an die Funktion, die er selbst und der Therapeut in der Behandlung spielen werden, ist wesentlich bestimmt durch seine bisherigen Erfahrungen:

> "From the client's conceptualization of psychotherapy comes the role he expects to play and the role he expects the therapist to play" (KELLY, 1955, S. 575; zit. nach GOLDSTEIN, 1962 a, S. 73 f.).

Neben direkten Erfahrungen mit psychotherapeutischer Behandlung, dem Wissen über Psychotherapie etc. werden die Erwartungen an die Person des Therapeuten mit bestimmt durch bisherige Erfahrungen mit Eltern, Lehrern, Ärzten, sogenannten Autoritätspersonen, aber auch durch den Wunsch nach einem guten Partner (LENNARD & BERNSTEIN, 1960; PIPER et al., 1972).

APFELBAUM (1958) konnte die Klientenerwartungen in einer Cluster-Analyse folgendermaßen typisieren:

- 'nurturant' (Unterstützer): der Klient erwartet vom Therapeuten Anleitung, Zuwendung und Stützung;
- 'model' (Modell, Partner): der Klient erwartet, daß sich der Therapeut diplomatisch verhält, d.h. weder kritisiert noch seine Wertung einfließen läßt;
- 'critic' (Kritiker): hier erwartet der Klient gerade, daß der Therapeut kritisch ist, die Probleme analysiert und direktiv seine Meinung äußert.[1]

---

[1] RICKERS-OVSIANKINA et al. (1971) unterscheiden noch eine weitere Erwartungshaltung beim Klienten, die sie in Anlehnung an PIAGETs interpersonelle Beziehungen 'COOP' = cooperation (Partnerbeziehung) nennen.

In einer anschließenden Untersuchung kam er zu folgenden Ergebnissen:

- Weibliche Personen erwarten eher einen Therapeuten vom 'model'-Typ und männliche Klienten eher einen kritischen, direktiven Therapeuten. REITER (1967) konnte in einer Studentenpopulation ebenfalls feststellen, daß die Studentinnen eher einen nicht-direktiven Therapeuten bevorzugten, während die Studenten eher eine direktive Vorgehensweise beim Therapeuten erwarteten.
  Zu genau entgegengesetzten Ergebnissen kamen GARFIELD & WOLPIN (1963). In ihrer Untersuchung, der ein Klientel von sozioökonomisch niedrigerem Status zugrunde lag, erwarteten Frauen eher Ratschlag und Führung als die Männer. Hier zeigt sich wiederum, wie wichtig 'Cross-Validierungen' sind.
- Im Ausmaß ihrer Störungen, gemessen mit dem MMPI, zeigten Klienten, die einen 'Unterstützer-Typ' und einen 'Kritiker-Typ' erwarteten, höhere Werte als die Klienten, die sich einen 'model-Therapeuten' wünschten.
- Klienten, die dem 'model-Therapeuten' zuneigten, fielen in dieser Untersuchung signifikant seltener unter die 'drop-outs'.

3.2.5.2. Rollenerwartung des Therapeuten an den Klienten; Interdependenz

In den meisten Psychotherapiearten, so auch in der GT, entspricht die Therapeutenrolle eher dem 'model-Typ', indem der Therapeut die Partnerschaft in der Behandlung betont und damit die Rolle des Klienten in ziemlich massiver Weise festlegt. HEINE & TROSMAN (1960, S. 278) beschreiben die gewünschten Verhaltensweisen beim Klienten folgendermaßen:

> "(1) The patient should desire a relationship in which he has an opportunity to talk freely about himself and his discomforts.
>
> (2) The patient should see the relationship as instrumental to the relief of discomfort, rather than expecting discomfort to be relieved by an impersonal manipulation on the part of the therapist alone.
>
> (3) Hence, the patient should perceive himself as in some degree responsible for the outcome" (HEINE & TROSMAN, 1960, S. 278).

Ein Experiment von MOSBY (1972) zur Rollenerwartungsähnlichkeit zwischen Therapeut und Klient bestätigt die Befunde der bisherigen Untersuchungen, die nahelegen, daß bei Erwartungsdiskrepanz zwischen Therapeut und Klient die 'drop-out'-Rate ansteigt (vgl. APFELBAUM, 1958; LENNARD & BERNSTEIN, 1960; BORGHI, 1965; LEVITT, 1966). MOSBY bildete Klienten- und Therapeutenpaare, die entweder den 'Unterstützer-Typ' oder den 'Kritiker-Typ' bevorzugten. Stimmten die Therapiepaare in ihrer Erwartung überein, so brachen weniger Klienten die Therapie ab. Nach der 3. Therapiestunde zeigten auch spätere 'drop-outs' eine leichte Annäherung an die Rollenerwartungen des Therapeuten.

3.2.5.3. Rollenerwartung und soziale Schicht

Klienten sozial niedriger Schichten hegen Erwartungen, die der Rolle von Personen mit "dependency need" (WINDER et al., 1962) wesentlich stärker entsprechen als dies bei Klienten der Mittelschicht der Fall ist (vgl. BERRICK, 1971). Sie sehen in dem Therapeuten den 'nurturant'- und 'critic'-Typen, der ihnen sowohl Unterstützung und Ratschläge gibt, der ihnen andererseits aber auch die Ursachen für ihre Probleme darlegt. Da sie zudem eher gewohnt sind, psychisches Unwohlsein mit körperlichem Kranksein zu verbinden und die Mög-

lichkeit psychotherapeutischer Behandlung selten an sie herangetragen wird, erwarten sie auch vom Therapeuten eher medizinische Hilfe (HEINE & TROSMAN, 1960; RASKIN, 1961; GOLDSTEIN, 1962 b, 1973; OVERALL & ARONSON, 1963; BAUM & FELZER, 1964; Mc MAHON, 1964; BORGHI, 1965; GOIN et al., 1965; BAUM et al., 1966).

Allerdings ist zu vermuten, daß die Unterschiede zwischen den Erwartungen von Unterschichts- und Mittelschichtsklienten nicht grundsätzlicher Art, sondern eher graduell sind. ARONSON & OVERALL (1966, S. 41) stellen zu diesem Problem fest:

> "It was found that, while both groups expected the therapist to focus on psychological interests, the middle class expected less emphasis on physical matters. The lower class more often expected the therapist to be supportive, direct, and active than did the middle class. These findings were interpreted as showing a difference in expectation of technique but not necessarily in the content matter of therapy."

Da der Unterschichtsklient aber - wie wir sahen - meist auch die anderen Faktoren vermissen läßt, die für die Therapie als notwendig erachtet werden, nämlich Intelligenz, Einsicht in die Problematik, verbale Ausdrucksfähigkeit,[1] ein gewisses Maß an Motivation etc., ist er für den Therapeuten, der seine Methode anwenden will, der undankbarere Klient.

GLADSTEIN (1969) vermutet, daß Klienten die Therapie erst dann abbrechen, wenn keine ihrer Erwartungen erfüllt wird; werden aber ihre Erwartungen in irgendeiner Weise und zu einem gewissen Grade erfüllt, so wird ein Abbruch wesentlich seltener sein, da man die Abhängigkeit des Klienten von der therapeutischen

---

[1] LEVITT (1966, S. 165) fand, daß Unterschichtsabbrecher in den ersten Therapiestunden signifikant mehr schweigen als Mittelschichtsabbrecher.

Behandlung mit berücksichtigen muß. Es liegt auf der Hand, daß Mittelschichtsklienten in den meisten therapeutischen Behandlungen mehr Erwartungen erfüllt bekommen als Unterschichtsklienten.

BAUM & FELZER (1964, S. 352) sprechen in diesem Zusammenhang folgende Überzeugung aus:

> "It is our conviction that the flexible therapist who is sufficiently motivated and adequately trained will utilize all techniques - relationship, supportive and psychodynamic insight. A new treatment approach does not have to be developed."

So neigen z.B. unerfahrene Therapeuten dazu, ihren Klienten weniger Entwicklungsmöglichkeiten zuzugestehen. Erfahrene Therapeuten dagegen haben eher eine optimistischere Vorstellung von Verbesserungsmöglichkeiten ihrer Klienten, eine Vorstellung, die sie wahrscheinlich eben infolge ihrer bisherigen Erfahrungen gewinnen konnten (vgl. FRANK, 1968 a, S. 355).

Auf dem Hintergrund dieser Ergebnisse kann festgestellt werden, daß der Therapeut wesentlich dazu beitragen kann, die Erwartungen des Klienten - auch des Unterschichtsklienten - zu klären, und daß er dies wahrscheinlich auch in vielen Fällen tun wird. Bisher sind meines Wissens die Erwartungsveränderungen unmittelbar während der therapeutischen Beziehung selbst noch kaum untersucht worden,[1] obwohl hier entscheidende Einflüsse zu vermuten sind, die den Zusammenhang zwischen Erwartung und Therapieabbruch besser klären

---

[1] LENNARD & BERNSTEIN (1960, S. 27 ff.) erwähnen eine Möglichkeit der Erwartungsänderung im unmittelbaren Therapieverlauf, die sich auf BATESONs Konzept des 'deutero learning' stützt: Während der Therapie lernt der Klient nicht nur primär und bewußt, mit seinen Schwierigkeiten fertig zu werden, sondern sekundär lernt er dabei auch, den Therapieprozeß als solchen zu akzeptieren, sich in die geforderte Rolle zu begeben usw. Der erfahrene Therapeut wirkt in diesem sekundären Lernprozeß als "skilled socializer" (ebenda, S. 29).

könnten als es in den zahlreichen Untersuchungen bisher möglich war. Die Tatsache, daß dies noch nicht geschehen ist, ist wohl mehr auf methodische Probleme zurückzuführen.

3.3. Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse und der sich daraus ergebenden Konsequenzen

a) Das Problem, daß Klienten vorzeitig die Therapie verlassen, ist in der Forschung bisher mit einiger Aufmerksamkeit verfolgt worden.
b) Noch ist es nicht möglich, 'Terminators' aufgrund bestimmter Kriterien eindeutig vorherzusagen:
   - Unter den Klienten, die die Therapie frühzeitig und ohne Absprache mit dem Therapeuten beenden, gibt es eine Anzahl von 'Pseudorejectors';
   - Alter, Geschlecht und Diagnose haben sich als schlechte Prediktoren erwiesen;
   - Bildung, Intelligenz und adäquate (d.h. realistische) Erfolgs- und Rollenerwartungen scheinen günstige Voraussetzungen für den Therapieerfolg zu sein;
   - Unterschichtsklienten gehören häufiger zu den Abbrechern, da sie aufgrund ihrer Sozialisation am wenigsten den Klententypen verkörpern, den die meisten Therapiearten erwarten.
c) Der Therapeut kann in entscheidender Weise dazu beitragen, daß der Klient in der Therapie bleibt:
   - durch Abklären der gegenseitigen Erwartungen;
   - durch Einstellen der Therapiemethode auf die Probleme und Möglichkeiten des jeweiligen Klienten.

GOLDSTEIN (1973, S. 8) stellt in diesem Zusammenhang die Behauptung auf:

> "The patient is no more nor less 'unsuitable' than the therapist, or the techniques he proffers."

Die GT, die eine Zeitlang ihre Klienten recht schematisch in die Rolle des verbal fähigen, psychischen Problemen gegenüber offenen und genügend Kraft in sich selbst spürenden Partners des Therapeuten preßte, zeigt durch neuere Entwicklungstendenzen mehr Chancen, anfängliche Diskrepanzen und unrealistische Erwartungen auf seiten des Klienten zu besprechen. Ob damit aber von beiden Seiten Diskrepanzen wirklich abgebaut werden können, scheint uns zweifelhaft, da das Konzept der GT weiterhin jegliche Direktivität des Therapeuten ausschließt. Dort, wo Erklärungen und Ratschläge die Methode der Wahl darstellen, wird die GT zugunsten anderer Therapiemethoden in den Hintergrund treten müssen.

Eine rechtzeitige Informierung des Klienten über die Methode der GT und die Rolle des Klienten und Therapeuten, gleichgültig, ob sie als einzige 'reine' Behandlungsart angeboten wird, oder, wie GOLDSTEIN (1973) es vorschlägt, innerhalb eines Therapieprogramms ein Element darstellen soll, hat zwei Vorteile:

- Der Klient hat die Chance, sich auf die Therapie vorzubereiten. Er ist in der Lage, die von ihm erwartete Rolle zu antizipieren und kann sich so dem Therapeuten als 'guter' Klient darstellen. Der Therapeut, der durch wesentlich mehr Faktoren als durch Rollenerwartungen seine Sympathie oder Antipathie (Äußeres des Klienten, eigene Befindlichkeit etc.) bildet, registriert so bereits einen Pluspunkt und wird selbst motivierter, was letztlich wieder dem Klienten zugute kommt.
- Zum zweiten handelt es sich um einen ökonomischen Aspekt: Der Therapieprozeß kann durch vorherige Abklärung der Erwartungen beschleunigt werden. Da selbst ein noch so einfühlender und verständiger Therapeut von bestimmten Rollenerwartungen, die das Konzept seiner Arbeit beinhalten, auch in der Diskussion mit dem Klienten während der Therapie nicht abweichen kann, ist eine echte Klärung außerhalb

des Therapieprozesses klarer und bestimmter durchzuführen.

Im folgenden Abschnitt werden Möglichkeiten der vorherigen Information und ihre Auswirkung auf den Therapieverlauf und -verbleib diskutiert.

3.4. Möglichkeiten der Veränderung von Rollenerwartungen beim Klienten

Seit HOEHN-SARIC et al. (1964) den Effekt von Vorinformationen auf den Therapieprozeß und -erfolg untersuchten, sind eine Anzahl verschiedener Verfahren auf ihre Effektivität hin überprüft worden. Im großen und ganzen lassen sich zwei verschiedene Ansätze unterscheiden:

- das 'Role Induction Interview' (RII), das auch HOEHN-SARIC et al. (1964) anwandten und in dem es vor allem darum geht, unrealistische Erwartungen beim Klienten schon vor der Therapie abzubauen;
- das 'Vicarious Therapy Pretraining' (VTP), das nicht darauf abzielt, bestimmte Erwartungen abzubauen, sondern richtiges Therapieverhalten über Modelltonbänder oder -filme vermitteln will.

3.4.1. Das 'Role Induction Interview' (RII)

Das 'Role Induction Interview' baut auf dem 'Anticipatory Socialization Interview' von ORNE auf, das eine Einführung in die Psychoanalyse darstellt. Es soll dem Klienten bereits vor der Therapie

- eine allgemeine Erklärung der Psychotherapie geben;
- weiterhin wurden das erwartete Verhalten des Klienten und das zu erwartende Verhalten des Therapeuten beschrieben und erklärt;

- bestimmte typische Erscheinungsformen in der Therapie wurden besonders erklärt (z.B. Widerstand, Übertragung in der Psychoanalyse);
- zusätzlich wurde den Klienten 'suggeriert', daß es durchaus realistisch sei, innerhalb der nächsten vier Monate Erfolg zu erwarten (vgl. HOEHN -SARIC et al., 1964, S. 270).

In der Untersuchung von HOEHN-SARIC et al. (1964) wurde eine Experimental- und eine Kontrollgruppe gebildet, die dieses Interview nicht vor der Therapie bekam; zusätzlich wurden Testdaten vor der Therapie und nach der 3. Therapiestunde erhoben:

> "The experimental group exhibited better therapy behavior than the control group on five of the seven measures. These differences reached significance for three of those five measures: the experimental group scored better on the Therapy Behavior Scale (TBS) in the third therapy session, it had a better attendance rate and therapists rated the experimental group more favorably with respect to establishing and maintaining therapeutic relationship" (HOEHN-SARIC et al., 1964, S. 280).

Den positiven Effekt des RII auf den Therapieerfolg konnten inzwischen zahlreiche Studien bestätigen, so die von NASH et al. (1965), WILLIAMS et al. (1967), FRANK (1968 a), SLOANE et al. (1970) und GOLDSTEIN (1973). NASH et al. (1965), die zusätzlich noch einige Variablen in ihrem Versuchsplan variierten (die Interviewer waren unterschiedlich in Alter und Ansehen, die Therapeuten repräsentierten unterschiedliche Therapieformen), betonen, daß diese Art der Therapievorinstruktion die Attraktivität des Klienten für den Therapeuten steigert. Er wird sozusagen mehr ein 'guter' Klient im Sinne des Therapiekonzepts.

SLOANE et al. (1970) untersuchten in einer weiteren Studie, ob die 'Erklärung' des Therapieprozesses oder die 'Suggestion', daß der Erfolg sich innerhalb von vier Monaten einstelle, den positiven Effekt des RII hervorruft. Ihre Ergebnisse legen nahe, daß eine 'Er-

klärung' des Therapieprozesses tatsächlich den ganzen Therapieablauf positiv beeinflußt, die 'Suggestion' dagegen keine ähnlichen Effekte zeigte.

> "Moreover, patients who received this suggestion were found by the therapists to be less likable than those who did not" (SLOANE et al., 1970, S. 18).

Die Ergebnisse von SLOANE et al. (1970) sind im allgemeinen allerdings weniger durchschlagend als die von HOEHN-SARIC et al. (1964); die Autoren vermuten, daß dies ein Effekt der Klientenstichprobe ist, die im Vergleich zu der von HOEHN-SARIC et al. (1964) jünger, eher psychologischen Problemen gegenüber aufgeschlossen war und insgesamt eher Mittelschichtsnormen entsprach. Nach WILLIAMS et al. (1967) und GOLDSTEIN (1973, S. 156 f.) kann man annehmen, daß eine Einführung in die Therapie besonders Unterschichtsklienten zugute kommt.

PARRINO (1970) konnte zeigen, daß eine vorherige Information nicht nur für die mehr Einsichts-orientierten Therapien wie Psychoanalyse und GT günstig sind. In seiner Studie fand er:

> "pre-therapy information has a facilitating effect on learning in an operant therapy situation" (PARRINO, 1970, S. 400).

In der Therapie wurden Klienten mit Furcht vor Schlangen behandelt.

3.4.2. 'Vicarious Pre-Therapy Training' (VPT)

Diese Art der Vorinformation wurde von TRUAX & CARKHUFF (1966) erfolgreich bei Gruppentherapie-Klienten durchgeführt. Das VPT will nicht nur Wissen über die Therapie vermitteln, sondern gleichzeitig die Möglichkeit bieten, erste Erfahrungen über die Wirkung der Therapie zu sammeln.

Dazu wurde einer Gruppe von hospitalisierten Patienten vor Therapiebeginn ein ca. 30 Min. dauerndes Tonband vorgespielt, auf dem ein Klient ein 'gutes' Klientenverhalten demonstrierte. Diese Gruppe zeigte nach der Therapie gegenüber der Gruppe, die am VPT nicht teilgenommen hatte, etwas stärkere Verbesserungen auf den MMPI-Skalen. Eine weitere Untersuchung von TRUAX & WARGO (siehe TRUAX & CARKHUFF, 1966) bestätigte die günstigen Auswirkungen des VPT, während in einer Untersuchung mit jugendlichen Delinquenten keine Vorteile durch das VPT erreicht wurden. TRUAX & CARKHUFF (1966, S. 363) vermuten, daß diese Gruppe bemüht ist, nicht 'krank' zu erscheinen und sich deshalb auch nicht mit der vorgeführten Klientenrolle identifizieren will.

Dagegen scheint das VPT bei ambulanten psychoneurotischen Klienten grundsätzlich positiven Einfluß zu haben (vgl. TRUAX & CARKHUFF, 1966).

In einer deutschen Untersuchung von BIEBER (1969) erwies sich, daß die Gruppe, die vor der Therapie ein Tonband einer GT-Sitzung mit gutem Klienten- und Therapeutenverhalten gehört hatte, in den Anfangsstunden und auch generell höhere Selbstexploration zeigte als die Gruppe ohne Vortraining. Bezüglich der Therapielänge, des Intelligenzgrades und des Ausmaßes der psychischen Störungen ließen sich allerdings keine eindeutigen Zusammenhänge mit dem Vortraining aufzeigen. BIEBER folgert daraus:

> "Die Untersuchung der Selbstexplorationsdaten läßt vermuten, daß Klienten mit kurzer und langer Therapiedauer, sowie psychisch stärker gestörte Klienten und solche mit geringerem Intelligenzgrad hohen Nutzen aus einem Vortraining ziehen" (BIEBER, 1969, S. 62).

In einer Nachbefragung äußerten sich die Klienten sehr positiv über das Training; einige hätten sich die Trainingsbeispiele auf ihre spezielle Problemlage zugeschnitten gewünscht und eine Darbietung der Trainingstherapiestunde vom Videoband der Tonbanddarbietung vorgezogen.

In einem Laborexperiment von RANDALL (1969), an dem Studentinnen teilnahmen, die schon mal daran gedacht hatten, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wurden drei Gruppen gebildet, die jeweils die inhaltlich gleiche Einführung, allerdings von verschiedenen Medien bekamen: in schriftlicher Form, vom Tonband und vom Videorecorder. Dabei stellte sich heraus, daß eine Erwartungsänderung am günstigsten durch die schriftliche und die Video-Form geschehen konnte; am wenigsten erfolgreich war die Einführung durch das Tonband.

Nach diesen Ergebnissen kann festgehalten werden, daß sich die Therapievorinformation bei den meisten Klienten günstig auswirkt; Unterschichtsklienten scheinen am meisten davon zu profitieren, da sie gegenüber Mittelschichtsklienten weniger über Therapie wissen und sich dem Therapeuten ohne diese Information neben den anderen erwähnten Faktoren benachteiligt zeigen würden.

Die beste Form der Einführung ist bisher noch nicht eindeutig bestimmbar. Neben einer reinen Information über die Therapie scheinen Beispiele aus Therapien durchaus den gewünschten Modelleffekt zu zeigen. Man kann annehmen, daß für unterschiedliches Klientel auch unterschiedliche Einführungen unterschiedlich erfolgreich sind.

Die GT, die eine Rolle des Klienten zeichnet, die besonders bei uns noch wenig vertraut ist und die zum anderen auch nur eine kleine Minderheit von Klienten erfüllen kann, ist auf eine Vorinformation ihrer Klienten angewiesen, um so GT-unspezifische Erwartungen, die zu einem negativen Faktor in der therapeutischen Beziehung werden und zum vorzeitigen Therapieabbruch führen können, gleich von Anfang an möglichst gering zu halten. Es sei daran erinnert, daß es sich in zahlreichen empirischen Untersuchungen erwiesen hat, daß

die ersten Therapiestunden für den Aufbau der Beziehung zwischen Klient und Therapeut, die die Grundlage für den Therapieerfolg bildet, entscheidend sind.

In der GT-Praxis in der BRD sind solche Vorinformationen inzwischen üblich. TAUSCH (1973, S. 38 ff.) hat in seinem Buch zur Gesprächspsychotherapie ein Informationsblatt vorgeschlagen, das dem Klienten vor der Therapie gegeben werden soll. Es fehlt bisher allerdings eine Überprüfung des Veränderungswertes, den diese Art der Therapieeinführungen speziell auf die GT-diskrepante Erwartung eines Klienten (der Therapeut gibt mir Ratschläge und Handlungsanweisungen) hat.

4. Theoretische Analyse des Gegenstandsbereiches

Der Problembereich, mit dem sich unsere experimentelle Untersuchung befaßt, ist dem eigentlichen Therapieprozeß vorgelagert, kann aber - wie wir noch sehen werden - auch in diesen hineinreichen. Es soll geklärt werden, ob die gängige Art, den Klienten über die GT zu informieren, angemessen ist, konzept-konträre Erwartungen des Klienten (z.B. Wunsch nach Direktivität des Therapeuten) so nachhaltig zu verändern, daß ihm in zweierlei Weise ein problemgerechtes Verhalten möglich ist:

- indem er die Methode der GT als Mittel zur Lösung seiner Probleme akzeptiert, d.h. die angebotene Behandlung in Anspruch nimmt und - damit eng verbunden -
- indem er in der Therapie ein GT-adäquates Verhalten zeigt, d.h. seine Erwartungen hinsichtlich mehr Direktivität des Therapeuten zurückstellt bzw. aufgibt.

Ziel der Informationsgabe ist es somit, beim Klienten frühzeitig einen Lernprozeß in Gang zu setzen, der eine Verhaltensänderung im Sinne einer Anpassung an das Konzept der GT zur Folge hat. Daß dieser Lernprozeß nicht immer reibungslos verläuft, ist von uns - im Gegensatz zu ROGERS (s. S. 7) - in der Praxis mehrfach beobachtet worden. So konnten wir feststellen, daß Klienten häufig auf ihren falschen Erwartungen beharrten und diese in der Therapie als Forderung einbrachten oder sogar die Therapie ganz abbrachen. So scheint es, daß Erwartungen in entscheidender Weise die Verhaltensweisen des Klienten mitbestimmen (vgl. S. 38).

Um die Funktion einer psychischen Erscheinung wie der Erwartung im Handlungsgeschehen des Menschen genauer bestimmen zu können, wollen wir uns zunächst die wichtigsten Bestimmungsstücke menschlichen Handelns über-

haupt vergegenwärtigen. Gute Ansatzpunkte bieten hier die Theorien des Handelns.

4.1. Grundmerkmale einer Theorie des menschlichen Handelns

Im Zentrum handlungstheoretischer Betrachtungsweise steht der Mensch als tätiges Wesen. Diese Tätigkeit wird als ein einheitlicher psychophysiologischer Prozeß angesehen, der

> "ein bestimmtes Verhältnis des Menschen zur Umwelt, zu anderen Menschen und den vom Leben gestellten Aufgaben verwirklicht" (RUBINSTEIN, 1973, S. 277).

Dieser Ansatz bietet eine umfassende Erklärungsmöglichkeit vom Menschen, indem er den Zusammenhang zwischen Individuum und Gesellschaft, zwischen Kognition und Aktion herstellt und das Individuum nicht auf Teilbereiche seines Seins reduziert, wie es bei anderen psychologischen Theorien der Fall ist. Daß weder der Behaviorismus noch die Bewußtseinspsychologien die Verbindung zwischen Erkennen und Handeln herstellen können, sieht VOLPERT in folgender, diesen Theorien zugrundeliegenden Diskrepanz:

> "Das theoretische Vakuum zwischen Erkennen und Handeln hat nämlich seinen Grund in einem viel grundsätzlicheren theoretischen Vakuum zwischen Individuum und Gesellschaft; das zeitlos konzipierte (geistige contra motorische) Handeln des gesellschaftslos-abstrakten 'Menschen' wird auf alles mögliche hin untersucht, nur eben nicht auf seine gesellschaftliche Bedingtheit und seine gesellschaftliche Funktion" (VOLPERT, 1974, S. 11 f.).

Die Beschäftigung mit dem psychischen Phänomen 'Erwartung' bzw. 'Erwartungshaltung' hat in der bisherigen Diskussion bereits gezeigt, wie wichtig die Re-

flektion der gesellschaftlichen Bezugsebene ist.[1] Aus diesem Grunde glauben wir, daß eine Theorie, die diese Einheitlichkeit verfolgt, auch für unseren Gegenstandsbereich mehr zu bieten hat als die Lerntheorien SKINNERscher Prägung oder die der kognitiven Theoretiker (wie z.B. TOLMAN), die wir zur Analyse ebenfalls hätten heranziehen können.

4.1.1. Strukturtypen menschlicher Tätigkeit

Die Theorie des Handelns - wir beziehen uns hier auf ihre Explikation bei HACKER (1973) und VOLPERT (1974) - geht davon aus, daß die Tätigkeit eine bewußte, zielgerichtete Aktivität des Menschen darstellt.

Im allgemeinen unterscheidet man vier verschiedene Struktur- und Ablauftypen der Aktivität beim Menschen. Diese bauen in hierarchischer Weise aufeinander auf und beeinflussen sich wechselseitig (vgl. HACKER, 1973, S. 69 ff.):

- Tätigkeit: Fernzielgesteuerte Aktivität, in der sich bewußte Teilziele vorfinden, die sich durch ein gemeinsames Fernziel verbinden lassen.

- Handlung: Nahzielgerichtete Aktivität. Eine Handlung ist die kleinste Einheit der willlensmäßig gesteuerten Tätigkeit. Handlungen sind wie Tätigkeiten bewußtseinspflichtig, d.h. das Ziel der Handlung oder Tätigkeit ist dem Individuum jederzeit verfügbar.

---

[1] Vgl. die Darstellung über kulturbedingte Erfolgserwartungen, S. 48 f.

- Operation: Automatisierte nahzielgerichtete Aktivität. Diese braucht im Hinblick auf Ziel, Motivation und Aufgabe nicht bewußt zu sein, ist aber grundsätzlich bewußtseinsfähig. Operationen sind z.B. Einstellungen, Gewohnheiten, Verhaltensdispositionen.

- Bewegungen, Reflexe, Instinkte: Diese unterscheiden sich von der Handlung durch die Unmittelbarkeit zwischen Antrieb und Vollzug (z.B. die Aktion eines bestimmten Muskels). Sie sind wie die Operationen nicht bewußtseinspflichtig.

4.1.2. Die psychische Struktur der menschlichen Tätigkeit

Mittelpunkt psychologischer Betrachtungsweise ist in den meisten Fällen die Handlung, genauer ihre psychische Struktur. Da Handlung bewußt geschieht, schließt sie kognitive Prozesse ein. In der Handlung und Tätigkeit wird somit Kognition und Aktion miteinander verbunden:

> "Jede Handlung schließt über die Komponenten der Antriebsregulation hinaus wesensmäßig kognitive Prozesse ein, sie ist mindestens eine sensumotorische Einheit, in der Regel aber eine Einheit von Wahrnehmen, Verarbeiten (Urteilen, Behalten, Reproduzieren) und seinerseits wiederum sinnlich und logisch erfaßtem motorischem Verrichten" (HACKER, 1973, S. 71).

Die psychische Struktur einer Handlung ist "eine vermittelte Abbildung der objektiven Aufgabenbeschaffenheit. Die Vermittlung ... erfolgt durch die Persönlichkeit im psychologischen Sinne dieses Begriffes" (HACKER, 1973, S. 76). Die psychischen Prozesse, zu denen wir auch die Erwartungen zählen können, spiegeln somit die subjektiv erlebte Wirklichkeit der Beziehung

Umwelt-Individuum wider. Zum weiteren haben sie aber auch regulative Funktion für die Handlung des Menschen in dieser Wirklichkeit (vgl. HACKER, 1973, S. 63). Mit anderen Worten, die psychischen Erscheinungen haben die Aufgabe, die Handlung eines Individuums gemäß seinen jeweiligen äußeren und inneren Bedingungen im Hinblick auf das antizipierte Ziel zu steuern.

Unter den äußeren Bedingungen sind dabei alle die Bedingungen zu verstehen, die von außen an das Individuum herangetragen werden, also alle sozialen und gesellschaftlichen wie situativen Gegebenheiten.

Unter die inneren Bedingungen werden alle die Bedingungen gefaßt, die das Individuum aus sich selbst heraus gewinnt. Es sind die subjektiven Befindlichkeiten, die ihrerseits wiederum von den äußeren Bedingungen abhängen und diese widerspiegeln. Äußere und innere Bedingungen beeinflussen sich gegenseitig. Zu den inneren Bedingungen zählen Motive und Bedürfnisse. Diese sind gefühlsgetönt. Dadurch, daß bestimmte Bedürfnisse und Zielsetzungen im Laufe der individuellen Entwicklung mit bestimmten physiologischen Zuständen gekoppelt werden, erhalten sie ihre emotive Komponente.

Diese inneren und äußeren Bedingungen bilden die Orientierungs- und Entscheidungsgrundlage für menschliches Handeln.

4.1.2.1. Ein Modell der psychischen Regulation von Handlungen

In Anlehnung an TOMASZEWSKI (1964) beschreibt HACKER die psychische Regulation von Handlungen folgendermaßen:

- Ausrichten: Vorsatzbildung für eine Aktion. Dieser Vorgang ist im wesentlichen

durch äußere Bedingungen, d.h. durch gesellschaftliche Normen und Werte bestimmt, die als Filter für die Information wirken.

- Orientieren: Einschätzen der Aufgabe, der Ausführungsmöglichkeiten und Handlungsbedingungen. Bestimmung des Ist- und Sollzustandes; Zielbestimmung.

- Entwerfen: Aufstellen von Plänen; Diskussion von Mitteln und Wegvarianten zur Erreichung des Sollzustandes.

- Entscheiden: Bestimmung eines Plans zur Ausführung; Entschluß als Übergang zum Verwirklichen.

- Kontrollieren: Sonderform des Orientierens; Kontrolle über Verwirklichungsmöglichkeiten des ausgewählten Plans auf der Basis neugewonnener handlungsrelevanter Aspekte (vgl. HACKER, 1973, S. 87).

Diese Regulationsebenen werden zur Vorbereitung von praktischen Handlungen, d.h. beim kognitiven Handeln, regelkreisförmig permanent durchlaufen (vgl. KREISER, 1968, S. 128); "daneben treten sie als das praktische Handeln ... fortwährend begleitende ... Regulationsvorgänge auf" (HACKER, 1973, S. 88, Hervorhebung im Original). Dieser Prozeß ist zudem von einer 'inneren' Sprache begleitet (vgl. HACKER, 1973, S. 194 ff.). Nach GALPERINs Hypothese der etappenweisen Bildung geistiger Operationen aus materiellen Handlungen stellt das Sprechen 'im Geiste' die höchste Stufe dieses Verinnerlichungsprozesses dar (vgl. GALPERIN, 1969, S. 374).

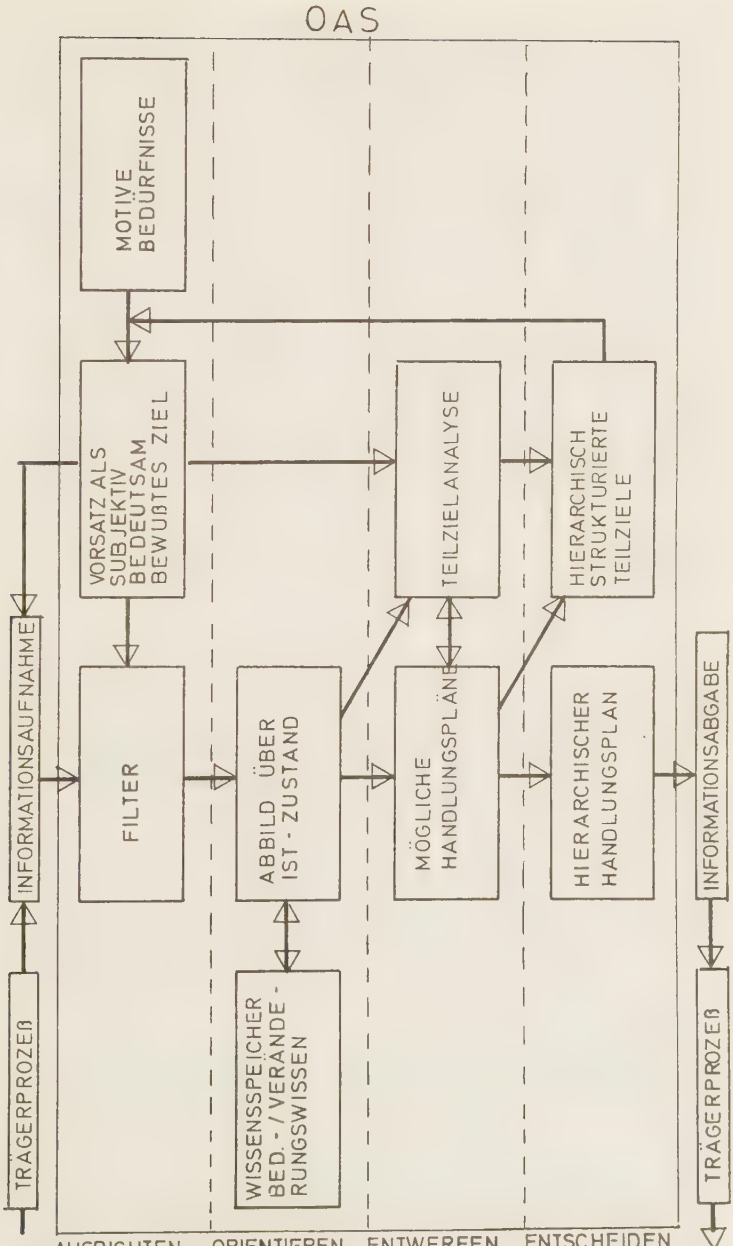


ABB. 4-0: PSYCHISCHE STRUKTUR VON TÄTIGKEITEN UNTER DEM ASPEKT DER HANDLUNGSPLANUNG (VEREINFACHTE DARSTELLUNG)
AUS: NATTKEMPER et. al. (1976)

Abb. 4-0[1] versucht den eben beschriebenen Prozeß der psychischen Regulation von Tätigkeiten als Informationsverarbeitungsprozeß schematisch zu verdeutlichen. Durch das Ausrichten und Orientieren gemäß den hereinkommenden Informationen, den eigenen Befindlichkeiten (Motive, Bedürfnisse, Einstellungen) und dem vorhandenen Wissen (Erfahrungen) macht sich das Individuum ein Abbild über den gegebenen Ist-Zustand, den es mit dem durch die Vorsatzbildung angestrebten Soll-Zustand vergleicht. Es entwickelt auf dieser Ebene Handlungspläne zur Erreichung des antizipierten Ziels und führt gedankliche Probehandlungen durch. Dies Prinzip der 'kognitiven Landkarte' (TOLMAN, 1948) erlaubt dem Individuum, im Hinblick auf das Ziel sinnvoll zu handeln. Auf der unteren Ebene ist somit die Arterhaltung gewährleistet, auf höherer Ebene sind spezifische Lernmöglichkeiten gegeben, die über das 'Versuch- und Irrtum-Lernen' hinaus kreatives Handeln ermöglichen (vgl. KLIX, 1973, S. 41).

HACKER nennt dies innere Handlungsmodell 'operatives Abbildsystem' (abgekürzt: OAS). Es ist das "Gesamtgefüge der kognitiven Abbilder eines Arbeitsprozesses einschließlich seiner Bedingungen und Auswirkungen" (HACKER, 1973, S. 93). Operative Abbildsysteme sind hierarchisch aufgebaut. Sie reichen vom einfachen Widerspiegeln einer Situation bis zum Erkennen von nicht unmittelbar gegebenen Zusammenhängen. Außerdem bestehen auf allen Ebenen zwischen und innerhalb jeden operativen Abbildsystems Verbindungen zur Überprüfung des jeweiligen erreichten Teilzielzustandes. HACKER nennt diese Verbindungen Vergleichs-Veränderungs-Rückmelde-Schleifen (VVR). Durch sie ist es möglich, an jedem Teilziel Ist- und Sollzustand miteinander zu vergleichen. Diese Rückmeldeschleifen entsprechen in ihrer Binnenstruktur dem TOTE-System von MILLER, GALANTER & PRIBRAM (1960). Während der Test-Operation-Test-Exit - Ablauf als ein in sich abgeschlossenes System

[1] Für die Anfertigung der graphischen Abbildungen für diese Arbeit möchte ich mich bei Herrn Rudolf Käufert herzlich bedanken.

angelegt ist, betont das VVR-System Offenheit auf allen Ebenen, im Handlungsablauf selbst wie auch gegenüber der Umwelt (vgl. HACKER, 1973, S. 105). Werden Ist- und Sollzustand als übereinstimmend erkannt, so kann der Handlungsplan praktisch durchgeführt werden. Ist dies nicht der Fall, so werden aus dem Wissens- und Erfahrungsspeicher Handlungsalternativen aktualisiert bzw. die Vorsatzbildung und damit die Zieldiskussion erneut aufgenommen.

Hiermit haben wir den Ablauf eines psychischen Strukturmodells für kognitive und praktische Handlungen in allgemeiner Form beschrieben; in ihm können alle äußeren und inneren Bedingungen eines Individuums mit dem Ziel einer sinnvollen Handlungsplanung und -ausführung Eingang finden.

Allerdings kann es im psychischen Regulationsprozeß auch zu inadäquaten Abbildungen im Hinblick auf das antizipierte Ziel und damit zu konkreten Fehlhandlungen kommen. Dadurch, daß

> "die Beschaffenheit des OAS ... von speziellen Lernvorgängen (Erfahrungsbildung), motivbezogen Einflüssen und generellen psychophysiologischen Prinzipien der organismischen Informationsverarbeitung abhängen (kann)" (HACKER, 1973, S. 94),

ergeben sich verschiedene Gefahrenstellen, die den zielgerechten Handlungsablauf beeinträchtigen können. Wir wollen hier nur untersuchen, welche Rolle das psychische Phänomen der Erwartung dabei spielen kann.

4.1.2.2. Die Funktion der 'Erwartung' im psychischen Regulationsprozeß

Nach HACKER ist ein wichtiges Merkmal des OAS durch die Wirksamkeit von Erwartungen im Sinne von Voraussagen, Hypothesen gegeben. Erwartungen bezüglich des antizipierten Handlungsplans und Handlungsziels entstehen,

"indem aus bisherigen Erfahrungen 'Regeln' extrapoliert" (HACKER, 1973, S. 95) werden. Diese Regelbildung erfüllt zunächst einmal die Funktion rationellen Handelns. Je kürzer der kognitive Kontrollprozeß für eine Handlung ist, um so schneller und zeitlich unverzögerter folgen Ausrichten und praktisches Handeln aufeinander. Die Prozesse des Orientierens, Entwerfens, Entscheidens und kognitiven Kontrollierens werden stark verkürzt (GALPERIN, 1969, S. 381), die Aktivität ist nicht bewußtseinspflichtig und deshalb im Sinne unserer oben definierten Unterscheidung (s. S. 71 f.) als Operation zu bezeichnen.

Je häufiger ein Handlungsplan zum erwünschten Ziel geführt hat, um so automatischer und unbewußter wird der gesamte Vorgang; man spricht deshalb auch von automatisierter Handlung. Beispiele für automatisierte Handlungsweisen sind z.B. Sprechen und Gehen. Aber auch abstrakte, kognitive Handlungsabläufe können automatisiert werden, man spricht dann von Kenntnissen bei verinnerlichten Wissenssystemen, bei verinnerlichten Anschauungen von Normen und Einstellungen (vgl. KOSSAKOWSKI & ETTRICH, 1973, S. 14 ff.). Die Erwartung oder Erwartungshaltung - diese Bezeichnung deutet bereits auf eine länger andauernde Disposition hin - hat zunächst einmal die Funktion der Handlungsrationalisierung zu erfüllen. Durch die Möglichkeit, aus Erfahrungen Regeln zu bilden, können überflüssige Handlungsabläufe eingespart werden. Problematisch wird diese Regelbildung aber dann, wenn sie losgelöst von veränderten Informationen aus äußeren und inneren Bedingungen beibehalten wird, wenn das innere Handlungsmodell nicht alle Einflüsse angemessen berücksichtigt. In diesem Fall kann es zu Fehlhandlungen im Hinblick auf das angestrebte Ziel kommen.

4.1.3. Zusammenfassung

Nach diesem Überblick[1] haben wir uns die für unseren Problembereich wichtigsten Grundannahmen der Handlungstheorie verdeutlicht.

Wir haben eine Theorie dargestellt, die die Handlung des Menschen und aus psychologischer Sicht spezifisch die psychische Struktur dieser Handlung betrachtet. Dabei ist deutlich geworden, daß jede konkrete Handlung von kongnitiven Prozessen vorbereitet und begleitet wird, die wiederum durch psychische Erscheinungen wesentlich gesteuert werden. Das psychische Phänomen der Erwartung bezeichnet dabei folgenden Vorgang: Auf Grund bisheriger Erfahrungen und unter Beachtung aller wesentlichen Reizkonstellationen (inneren und äußeren Bedingungen) stellt das Individuum Hypothesen darüber auf, welcher Weg zu welchem Ziel führt (Probehandeln) und reguliert so den nachfolgenden praktischen Handlungsvollzug in sinnvoller Weise.

Dieser Prozeß ist gestört, wenn nicht alle Informationen vom Individuum berücksichtigt werden bzw. gemäß der äußeren und inneren (Wissen und Motive, Bedürfnisse) Bedingungen verwertet werden können.

Wir wollen das bisher Gesagte nun auf unseren Bereich der Erwartungs- und Verhaltensänderung durch Informationsgabe vor der Therapie übertragen.

4.2. Therapievorinformation als Lern- und Verhaltensänderungsprozeß

Ziel der Informierung des Klienten über das Konzept der GT ist - wie mehrfach erwähnt - eine Verhaltens-

---

[1] Ausführlichere Darstellungen finden sich bei HACKER (1973) und VOLPERT (1974).

änderung im Sinne einer Konzeptanpassung beim Klienten. Dieser soll, bei gemeinsamem Ziel von Therapeut und Klient (Verbesserung seiner Problemlage) den vom Konzept und dem GT-Therapeuten vertretenen Weg zur Erreichung dieses Ziels akzeptieren und möglichst die angebotene Hilfe annehmen.

Die eigenen Erfahrungen, aber auch die empirischen Untersuchungen haben gezeigt, daß viele Klienten über den Weg zur Verbesserung ihrer Problemlage bezüglich der Direktivität des Therapeuten häufig Konzept-konträre Erwartungen hegen (s. die Darstellungen der Untersuchungen zu den Rollenerwartungen, S. 56 ff.) und - so wird vermutet - als Folge davon die Therapie verlassen.

Die Vorinformation muß also einen Prozeß einleiten, der es dem Individuum ermöglicht, gemäß seinen äußeren und inneren Bedingungen neue Hypothesen über mögliche Mittel und Wege zur Erreichung des bereits antizipierten Ziels (Verbesserung der Problemlage) zuzulassen. Gelingt dies nicht, so sind Fehlhandlungen, wie von uns eingangs beschrieben, möglich: Der Klient verhält sich nicht GT-gemäß oder er bricht die Therapie überhaupt ab. Wir wollen nun den Ablauf zwischen Informationseingabe und Handlungskonsequenz, d.h. die im Klienten ablaufenden kognitiven Prozesse, genauer untersuchen.

4.3. Analyse des Informationsverarbeitungsprozesses

4.3.1. Therapievorinformation als Informationsaustausch

Die Vorgabe von Informationen über das GT-Konzept kann als Informationsaustausch aufgefaßt werden, in dem ein System S_1 (Versuchsleiter, Psychologe bei der Anmeldung, Therapeut) Informationen (Therapiekonzept) abgibt und ein zweites System S_2 (Klient) Information (Therapiekonzept) aufnimmt.

> "Informationsaustausch ist mithin dann möglich, wenn eine wechselseitige Abgabe und Aufnahme von Information stattfindet. Informationsaustausch wird aber erst dann real, wenn die Abgabe von der Aufnahme abhängt. Wenigstens ein System muß dabei aktiv sein, also motivierte Nachrichten bilden. Das zweite kann passiv oder aktiv sein" (KLIX, 1973, S. 33; Hervorhebung im Original).

Der Informationsaustausch ist dann ideal, wenn S_2 die von S_1 gemachten Mitteilungen ohne Rest in sein eigenes System aufnimmt. S_2 muß den Kodierungsprozeß von S_1 vollständig rückgängig machen und seine eigenen inneren Zustände im Hinblick auf S_1 differenzieren, wenn aktive Anpassung von S_2 an S_1 erfolgen soll (KLIX, 1973, S. 36 ff.). Wir betrachten in unserer Fragestellung speziell das System S_2, also den Klienten und seinen Informationsverarbeitungsprozeß (siehe dazu Abb. 4-Q).

4.3.2. Grundbedingungen einer optimalen Informationsverarbeitung

Um den erwünschten Lernprozeß in Gang zu bringen, muß dem Klienten die neue Information zunächst einmal verfügbar sein. Dazu ist es unumgänglich, daß er die dar-

gebotene Information bewußt und aufmerksam rezipiert, den Sinnzusammenhang begreift, d.h. seinen Filter öffnet (s. Abb. 4-0, S. 75). "Der Vorgang des Erkenntnisgewinns ist ohne aktive bzw. motivierte Informationsabgabe oder Aufnahme unmöglich" (KLIX, 1973, S. 37). Die Therapievorinformation muß daher so angelegt sein, daß sie den Klienten auch erreicht und zu aktiver Auseinandersetzung anregt.

Es kann nicht genügen - wie es in der Praxis häufig aus vermeintlicher Zeitersparnis erfolgt -, dem Klienten bei der Anmeldung ein Informationsblatt mit den wichtigsten Merkmalen auszuhändigen in der Hoffnung, der Klient werde es schon lesen. Die so gewonnene Zeit wird dann vermutlich in der Therapie selbst zur Erläuterung aufgewandt werden müssen.

4.3.3. Die psychische Erscheinung 'Erwartung' als Verursacher inadäquater Informationsverarbeitungen

Als einen Grund für Fehlhandlungen führt HACKER die Nichtnutzung objektiv vorhandener Informationen an (HACKER, 1973, S. 390). Ein Verlassen der Therapie, das wir unter der Prämisse, daß die GT für den Klienten prinzipiell hilfreich sein könnte, als Fehlhandlung bezeichnet haben, kann somit als eine Folge inadäquater Informationsverarbeitung angesehen werden. Der Klient ist nicht in der Lage, die dargebotenen Informationen über das Therapiekonzept zu assimilieren und konstruktiv zu nutzen. Im folgenden soll untersucht werden, welche Rolle die Erwartungshaltung 'der Therapeut gibt Ratschläge und Handlungsanweisungen' dabei spielt.

4.3.3.1. Die Orientierungsreaktion

Eine Orientierungsreaktion, die die kognitive Handlung einleitet, wird ausgelöst durch:
- Neuheit der Reizeinwirkung,
- Überraschung,
- Konflikt.

"Allen drei Auslösungsbedingungen der Orientierungsreaktion ist gemeinsam, daß sie eine Entscheidungsunsicherheit des wahrnehmenden Organismus veranlassen" (KLIX, 1973, S. 479). Es kann nach den bisherigen Darstellungen angenommen werden, daß die Therapievorinformation über das Konzept der GT diese Auslöserfunktion erfüllt. Die wenigsten Klienten wissen etwas über das Therapiekonzept, bevor sie eine GT erlebt haben.

Weiterhin kann der Anspruch des Therapiekonzepts an den Klienten, eine dem Therapeuten gleichgestellte Verantwortung für das Geschehen in der Therapie zu übernehmen, als neu, überraschend und konfliktgeladen gelten, da die Praxis des Problemlösens in unserer Gesellschaft häufig so verläuft, wie es die Klienten auch vom Therapeuten erwarten: ein Problem wird gelöst, indem man gesagt bekommt, was zu tun ist. Diese Erfahrungen aus den verschiedenen sozialen Beziehungen (Arzt-Patient-, Eltern-Kind-, Lehrer-Schüler - Verhältnis) prägen die Erwartung des Klienten für ähnliche Situationen (vgl. ROTTER, 1954). Wurden solche Erfahrungen vom Klienten häufig gemacht, so erfolgt die Orientierung spontan anhand bestimmter 'Superzeichen'. Problemlage und die Funktion des Therapeuten (gleich Arzt, gleich Fachmann) werden automatisch mit der Funktion des Ratgebers verbunden. Die Erwartung entspringt weniger einer bewußten Überlegung als einem bereits vorhandenen kognitiven Schema; sie führt zu automatisierten Handlungsabläufen im Problembereich.

Falls die Information über die Therapie Auslöserfunktion erfüllt, setzt beim Klienten das Bedürfnis nach "zusätzlicher ergänzender oder korrigierender Information" (KLIX, 1973, S. 480; Hervorhebung im Original) ein. Die Erfahrung bestätigt dies. Klienten stellen häufig auch nach entsprechenden Vorinformationen zu Therapiebeginn noch Fragen zum Konzept und der Funktion von Klient und Therapeut.

Eine intensive Auseinandersetzung mit der angebotenen Information hängt außer von deren Auslösecharakter auch von der Aufnahmebereitschaft des Klienten ab. Bei zu hohem oder zu niedrigem Belastungsgrad ist die Orientierungsreaktion gleich null (KLIX, 1973, S. 480 f.). Wenn die Information für den Klienten eine mittlere Belastung darstellt, wird er sich mit ihr weiter auseinandersetzen. Ist die Information aber nebensächlich, so erfolgt keine weitere Reaktion. Ist sie zu stark, so löst sie beim Klienten Abwehrreaktionen aus; er wird versuchen, das Gesagte zu ignorieren, d.h. nur für die Klienten, die die Direktivität des Therapeuten stark wünschen, wird die neue Information überhaupt Orientierungs- und Entscheidungsrelevanz für einen evtl. Therapieabbruch besitzen.

Erst wenn die Informationsverarbeitung in eine Verhaltensänderung einfließt, ist der Lernpozeß abgeschlossen.

> "Mit Lernen bezeichnen wir ... jede umgebungsbezogene Verhaltensänderung, die als Folge einer individuellen (systemeigenen) Informationsverarbeitung eintritt" (KLIX, 1973, S. 347).

Dazu gehört aber auch die Entscheidung für einen bestimmten Verhaltensplan.

4.3.3.2. Die Entscheidungsbildung

Neuorientierung ist mit einer Entscheidungsunsicherheit verbunden. Kann der Klient die GT als Mittel zum gewünschten Ziel akzeptieren und damit an der Therapie teilnehmen, oder ist für ihn die Methode unannehmbar und damit auch die Teilnahme nicht mehr möglich? Zwar kann auch nach der Vorinformation weitere Informationsaufnahme die Entscheidung erleichtern (z.B. Bücher, Gespräche mit Freunden, Fragen an den Therapeuten etc.), doch ist eine endgültige Entscheidung für oder gegen das GT-Konzept letztlich unerläßlich.

Die Entscheidung für die jeweilige Handlungsalternative, die zur praktischen Ausführung gewählt wird, hängt ab von den jeweiligen äußeren und inneren Bedingungen des Klienten, von den Freiheitsgraden, die er hat. Freiheitsgrade sind "Kristallisationspunkte für regulative psychische Komponenten der Arbeitstätigkeit und determinieren die Beschaffenheit der psychischen Struktur" (HACKER, 1973, S. 86). Sind dem Klienten wenige Freiheitsgrade hinsichtlich der Umstrukturierung seiner einmal gefaßten Vorsatzbildung (Hypothese, Erwartung) über die Wirksamkeit direktiver Handlungsstrategien für erfolgreiche Problemlösung gegeben, d.h. ist er auf den Ratschlag des Therapeuten subjektiv oder objektiv angewiesen, so wird seine gewählte praktische Handlungsalternative dies dokumentieren. Wir wollen einige Beispiele dafür bringen:

- In dem Fall, in dem der Ratschlag eines Fachmanns oder irgendeiner anderen Person der objektiv richtige Weg zur Lösung der jeweiligen Problematik wäre (der Klient weiß beispielsweise nicht, wie er Arbeitslosenunterstützung beantragen soll), ist der objektive Freiheitsgrad, eine Lösung dieses Problems innerhalb einer GT zu finden, gleich null. Der GT-Therapeut gibt keine Ratschläge. Diese Therapieform kann somit in diesem Fall nicht der adäquate Weg zur Lö-

sung des anstehenden Problems sein. Es ist anzunehmen, daß sich Klient und Therapeut hier gegen eine GT-Behandlung aussprechen bzw. daß der Klient die Behandlung nach der Informationsphase erst gar nicht aufnimmt. Es wäre unseres Erachtens falsch, hier von einem Therapieabbruch zu sprechen.

- In einem anderen Fall kann es sein, daß der Klient die angebotene GT und damit auch die Nicht-Direktivität des Therapeuten entgegen seinen Bedürfnissen akzeptieren muß, da er subjektiv wie objektiv keine anderen Hilfsmöglichkeiten hat (er hat weder Freunde, noch ist er in der Lage, andere Hilfsmöglichkeiten aufzusuchen, z.B. bedingt durch geographische Lage, Honorarprobleme; der Berater oder Therapeut kennt selbst keine anderen Hilfsmaßnahmen außer der GT[1]). Hier bleibt dem Klienten nichts anderes übrig, als die GT als Mittel zu akzeptieren, wenn er sein Ziel nicht aufgeben will. Höchstwahrscheinlich wird er versuchen, seine Bedürfnisse nach Ratschlag in der Therapie mehrfach anzubringen; er wird die Therapiebehandlung demnach mit Vorbehalten zunächst einmal aufnehmen. Bei Bestehenbleiben einer unerträglichen Inkongruenz zwischen seinen Wünschen und ihrer Erfüllung durch den Therapeuten, kann auch er zum Therapieabbrecher werden (vgl. S. 50 und 58).
- Analog zur eben geschilderten Situation kann der Klient aber auch nur subjektiv die Vorstellung haben, er besitze keine Möglichkeit der Entscheidung gegen das Konzept der GT als Hilfsmethode zur Erreichung seines Ziels, da er keine anderen Hilfsmöglichkeiten sieht und in der einmal aufgenommenen Behandlungsart

---

[1] Aufgrund der eingeschränkten Ausbildungsmöglichkeiten an den psychologischen Instituten der Universitäten in der BRD ist es häufig nur möglich, daß ein angehender Psychologe nur eine Behandlungstechnik erlernt, mit der er dann auch zwangsläufig in seiner Praxis arbeiten wird.

die quasi letzte Hilfsmöglichkeit überhaupt erblickt. In diesem Fall ist zu vermuten, daß das Bedürfnis nach Ratschlag weniger schwer wiegt als das nach irgendeiner Hilfe überhaupt. Der Klient wird die GT als Methode zwar nicht reibungslos, aber doch weitgehend akzeptieren. In den empirischen Untersuchunggen hatte sich erwiesen, daß die Erfüllung von Teilerwartungen bereits eine Therapieteilnahme beim Klienten sichert (vgl. S. 55 und 59).

- Der Klient besitzt aufgrund seiner bisherigen Problemlöseerfahrungen (Erwartungen im Sinne der Regelbildung) keine subjektiven Freiheitsgrade hinsichtlich eines Lösungsweges, der das Selbstvertrauen in die eigenen Kräfte betont. Hier spielen die sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen die einstellungs- und erwartungsbildende Rolle. Besitzt dieser Klient andere Hilfsmöglichkeiten, die seinem Bedürfnis nach Direktivität stärker entgegenkommen, oder ist es ihm möglich, die Problemlösung selbst aufzuschieben und damit eventuell eine Zielveränderung vorzunehmen, so wird er die angebotene GT höchstwahrscheinlich verlassen.

Es ist klar, daß diese vier Möglichkeiten nicht so eindeutig, wie hier versucht, voneinander abzugrenzen sind. Was mit dieser Auflistung gezeigt werden sollte, ist die Komplexität des Bedingungsgefüges, die zu einem Abbruch einer GT durch den Klienten führen kann. In unserer empirischen Untersuchung interessiert uns speziell die vom Klienten subjektiv empfundene Unmöglichkeit, das Konzept der GT zu akzeptieren. Wir haben versucht, diese in einem Fragebogen zu erheben. Gleichzeitig soll getestet werden, ob die angebotenen Therapievorinformationen den subjektiven Freiheitsgrad des Klienten vergrößern können und ihm dadurch im Rahmen einer GT eine positive Problemlösung vermittelt werden kann. Die Fälle, in denen die GT auch objektiv nicht der richtige Weg zur Problemlösung gewesen wäre, haben

wir versucht, durch entsprechende Auswahlkriterien beim Klientel auszuschalten.

4.4. Zusammenfassung

Ausgehend von einem einheitlichen Erklärungsansatz des Menschen, wie er in der Handlungstheorie bisher am besten vertreten wird, wurde zunächst die Funktion einer psychischen Erscheinung wie der Erwartung für den praktischen Handlungsvollzug dargestellt.

Die Informierung des Klienten über das Konzept der GT selbst wurde als Lern- bzw. Informationsverarbeitungsprozeß definiert, in dem inflexible Regelbildungen - ein Therapeut gibt Ratschläge, mir kann nur durch Ratschläge geholfen werden - zu inadäquaten praktischen Handlungen (konzept-konträre Verhaltensweisen des Klienten in der Therapie durch Beharrung auf mehr Direktivität vom Therapeuten, frühzeitiges Verlassen der Therapie) führen können.

Es wurde versucht, abzuschätzen, welche Konfliktsituationen für den Klienten entstehen, für den die nicht-erwartete Haltung des GT-Therapeuten nicht nur eine Wissenslücke darstellt, sondern seinem subjektiven Bedürfnis widerstrebt. Es wurde vermutet, daß diese Klienten trotz Vorinformationen über die Therapie häufiger unter den Therapieabbrechern zu finden sind. Allerdings wird der subjektive wie objektive Freiheitsgrad des Klienten in der Wahl anderer Mittel zum Ziel bzw. in der Zielverschiebung selbst das tatsächliche Verhalten mitbestimmen.

Die nachfolgende Untersuchung versucht, die Zusammenhänge zwischen Erwartungshaltung, Erwartungsänderung durch Information und tatsächlichem Therapieverhalten genauer zu bestimmen.

5. Hypothesen

Auf dem Hintergrund der bisherigen Betrachtungsebenen,
- der Ebene der persönlichen GT-Therapeutenerfahrung,
- der Ebene des GT-Konzepts,
- der Ebene bisheriger Forschungsergebnisse,
- der Ebene einer theoretischen Analyse der Funktion der psychischen Erscheinung 'Erwartung' für den Handlungsablauf sowie ihrer möglichen Gefahren für eine adäquate Informationsverarbeitung der angebotenen GT-Vorinformationen,

soll nunmehr die Aufstellung der Hypothesen erfolgen, die in der nachfolgenden Untersuchung überprüft werden konnten.

Dabei ist zu beachten, daß bei der Komplexität des Problemgegenstandes von einer zeitlich und personal recht beschränkten experimentellen Untersuchung nicht auf alle bisher aufgetauchten und angeschnittenen Fragen eine umfassende Erklärung erwartet werden kann. Dies muß bei der Darstellung der Untersuchung selbst, aber auch bei den Interpretationsmöglichkeiten der Ergebnisse entsprechend berücksichtigt werden.

Hypothesen haben, je nach dem entwickelten Stand einer Wissenschaft, unterschiedliches Erklärungsniveau. So besitzen Hypothesen in den Naturwissenschaften bereits oft Gesetzescharakter und damit nahezu den Allgemeinheitsgrad einer Theorie, während Hypothesen in den Sozialwissenschaften eher 'Ad-hoc'-Charakter tragen: Ihr Erklärungswert bezieht sich nur auf einen Sachverhalt; auch bei Bestätigung der Annahmen in der experimentellen Überprüfung dürfen diese Hypothesen nicht ohne weiteres verallgemeinert werden.

Die Hypothesen, die in dieser Untersuchung überprüft werden, besitzen weitgehend 'Ad-hoc'-Charakter, da sie

zum größten Teil auf der Erfahrungsebene basieren.

> "Einen über Bekanntes hinausgehenden Informationsgehalt erreichen sie durch schrittweises Ausweiten der Ad-hoc-Annahmen auf neue Gegenstandsbereiche ... Hilfshypothesen als positive Heuristik sind also ... zuzulassen, insofern sie 'neue Phänomene erklären, neue Effekte vorhersagen bzw. antizipieren' oder der 'Abwehr verwirrender Problematisierungen' dienen" (GROEBEN & WESTMEYER, 1975, S. 206).

Im folgenden werden die einzelnen Hypothesen genannt und begründet.

Hypothese 1

Mittelschichtsklienten in der BRD haben die Erwartung, daß der Therapeut in direktiver Weise die Problemlösung beim Klienten fördert.

Begründung: Aufgrund früherer Erfahrungen mit Problemlösungen, die in unserer Gesellschaft über das notwendige Maß hinaus durch Ratschläge und direkte Anweisungen erfolgen, entwickelt das Individuum ein kognitives Modell (eine Erwartungshaltung), in dem es den Rat eines Fachmannes als das Mittel zum gewünschten Ziel (Auflösung der Problemsituation) antizipiert.

Diese Haltung braucht nicht immer bewußt hervorgerufen zu werden. Bei hinreichender Erfahrung mit ähnlichen Situationen wirken Problemlösung und Fachmann als 'Superzeichen'. Die Erwartungshaltung wird automatisch hervorgerufen.

Es kann vermutet werden, daß bei uns - im Gegensatz zu amerikanischen Untersuchungsergebnissen, die diese Erwartung vorwiegend bei Unterschichtsklienten aufzeigen - auch Mittelschichtsklienten ähnliche Vorstellungen hegen. Da die psychosoziale Versorgung und Aufklärung der Bevölkerung in der BRD noch sehr rückständig

ist (vgl. ENQUETE-BERICHT, 1975), ist die gesprächspsychotherapeutische Behandlung mit ihren Charakteristika weitgehend unbekannt. Zudem stellten ARONSON & OVERALL (1966) fest, daß die Erwartungen zu diesem Problembereich bei Mittelschichts- und Unterschichtsklienten eher gradmäßig als grundsätzlich verschieden sind (vgl. auch S. 59). Der Grad selbst dürfte von der Aufklärung und Erfahrung abhängig sein.

In der GT-Praxis ist es zwar allgmein üblich, den Klienten eine Einführung in die Bedingungen der GT zu geben, doch ist ihre Effektivität zur Veränderung dieser Erwartungshaltung noch nicht überprüft.

Hypothese 2

Therapievorinformationen haben einen positiven Effekt auf die Veränderung dieser Erwartungshaltung des Klienten in Richtung auf das GT-Konzept.

Therapievorinformationen, die die Motive, Einstellungen und Wünsche, die die Erwartungshaltung des Klienten beeinflussen, mitberücksichtigen, haben einen größeren Erwartungsveränderungswert als Therapievorinformationen, die eine Erwartungsveränderung nur durch Wissensvermittlung hervorrufen wollen.

Begründung: Es wird davon ausgegangen, daß Informationen über die Therapie die Erwartungen der Klienten generell günstig, d.h. in Richtung auf das Therapiekonzept, beeinflussen, wenn der Klient sich mit ihnen auseinandersetzen muß. Diese Annahme scheint auf dem Hintergrund bisheriger Erfahrungen und Ergebnisse mit dem 'Role Induction Interview' und 'Vicarious Pre-Therapy Training' berechtigt.

Zum weiteren wird behauptet, daß nicht jede Information gleich starke Effekte hervorruft. Therapievorinforma-

tionen, die die Motive eines Klienten für seine Erwartung und damit den subjektiven Freiheitsgrad des Erwartenden berücksichtigen, verringern seineResistenz gegenüber widersprechender Information stärker. D.h., daß Klienten, die durch die Information emotional angesprochen werden, eher ihren subjektiven Freiheitsgrad bezüglich der Mittel (ratschlaggebender vs. partnerschaftlicher Therapeut) zur Erreichung des angestrebten Ziels (Verbesserung der Problemlage) erweitern können.

Sollten sich diese Hypothesen bestätigen, so folgt daraus, daß nicht jede beliebige Information über die Therapie die gleiche Wirkung haben kann. Soll eine optimale Informationsverarbeitung und Anpassung an das Konzept der GT erreicht werden, so scheint besonders dann eine spezifische Auseinandersetzung mit der Erwartung des Klienten, der Therapeut werde Ratschläge und Handlungsanweisungen geben, notwendig, wenn diese weitgehend von emotionalen Faktoren bestimmt ist.

Hypothese 3

- Hat die Therapievorinformation den subjektiven Freiheitsgrad des Klienten, das angebotene Therapiekonzept als Mittel zum Ziel zu akzeptieren, erhöht, so zeigt die Therapie von Anfang an positive Effekte:
  - der Klient steigt sofort in den Therapieprozeß ein,
  - er verläßt die Therapie nicht vor der 5. Therapiestunde,
  - er zeigt sich insgesamt zufrieden mit der Therapie und dem Therapeuten,
  - er zeigt konstruktive Veränderungen durch die Therapie.

- Hat die Therapievorinformation den subjektiven Freiheitsgrad des Klienten, das angebotene Therapiekonzept als Mittel zum Ziel zu akzeptieren, nicht oder

nur wenig erhöht, so ist der Therapieverlauf gestört:

- der Klient zeigt in der ersten Therapiestunde Unsicherheit in Bezug auf das Therapiekonzept,
- er neigt dazu, die Therapie vor der 5. Stunde zu verlassen,
- er ist insgesamt unzufriedener mit der Therapie,
- er zeigt keine konstruktiven Veränderungen durch die Therapie.

Begründung: Es wird angenommen, daß dann ein Lerneffekt und damit eine Verhaltensänderung eingetreten ist, wenn der Klient die Therapievorinformationen adäquat, d.h. gemäß seinen objektiven inneren und äußeren Bedingungen, verarbeiten konnte.

Hat die Therapievorinformation eine Anpassung der Erwartungen des Klienten an das Konzept der GT ermöglicht, so verläuft der Therapieprozeß für den Klienten positiv; ist diese Anpassung nicht erfolgt, so ist der Therapieverlauf gefährdet.

Im ersten Fall erweist sich der Klient von Anfang an als der 'gute' Klient und beeinflußt so die Einstellung des Therapeuten, die, wie zahlreiche Untersuchungen nachgewiesen haben, den Therapieerfolg entscheidend mitbestimmt, in günstiger Weise. Im zweiten Fall ist, je nach Ausmaß des subjektiven Freiheitsgrades (s. S. 85 ff.) ein gestörter Therapieverlauf oder gar Therapieabbruch wahrscheinlich.

Es wird im Anschluß an die bisherigen empirischen Ergebnisse behauptet, daß der Klient die Therapie innerhalb der ersten 5 Stunden abbricht, wenn er sich keine im Sinne der Zielerreichung positiven Effekte verspricht.[1]

---

[1] Vgl. die Darstellungen zur Definition des 'Terminators', S. 33.

Eine Bestätigung dieser Hypothesen würde eine sorgfältigere Vorgehensweise bei der Vorbereitung der Klienten auf das gewünschte Therapieverhalten unterstreichen.

6. Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wollen wir den Untersuchungsablauf, der die Prüfung der aufgestellten Hypothesen ermöglichen soll, aufzeichnen. Dazu soll zunächst ein allgemeiner Überblick des experimentellen Plans gegeben werden. Im Anschluß daran werden die einzelnen Punkte dann genauer beschrieben. Zunächst also ein Überblick über das Gesamtgeschehen. Die Abbildung 6-0 (S. 97) kann dabei als Hilfestellung dienen.

6.1. Allgemeiner Untersuchungsplan

Nach der selbständigen Anmeldung der Klienten zur Therapiebehandlung und einer grob-diagnostischen Zuweisung zur GT-Behandlung wurden die Klienten einer 1. Testsitzung unterworfen. Neben verschiedenen Testverfahren, die später noch einzeln beschrieben werden, hatten sie einen Fragebogen zur Erfassung der Klientenerwartungen bezogen auf das Therapeutenverhalten (im folgenden abgekürzt: FEK I) zu beantworten.

Einige Tage später erhielten sie, nunmehr in vier nach Alter, Geschlecht und Beruf vergleichbare Gruppen aufgeteilt, verschiedene Einführungen in die GT. Während die Gruppen I, II und III im unmittelbaren Anschluß an die jeweilige Information den FEK I zur Messung der Erwartungsänderung ein zweites Mal auszufüllen hatten, bearbeitete die Gruppe IV, als Kontrollgruppe, den FEK I ein zweites Mal vor der Therapieeinführung. Da die eigenen Erfahrungen und die bisherigen Forschungsergebnisse nahelegen, GT nicht ohne irgendeine Art von Vorinformation über das Konzept zu beginnen, bekam diese Gruppe ebenfalls eine der Einführungen in das Konzept der GT. Diese Phase wird als 2. Testsitzung gekennzeichnet.

Innerhalb einer weiteren Woche konnte jeder Klient die GT aufnehmen. Die Therapiestunden wurden auf Tonband aufgezeichnet.

Nach der 8. Therapiestunde bzw. vorher, falls die Therapie eher beendet wurde, erfolgte eine 3. Testsitzung, in der, neben den Verfahren aus der 1. Testsitzung, eine Fragebogen-Nachbefragung über die Zufriedenheit mit der therapeutischen Behandlung und eine Einschätzung des während der Therapie wahrgenommenen Therapeutenverhaltens erfolgte. Auf die einzelnen Punkte im methodischen Vorgehen kann nun näher eingegangen werden.

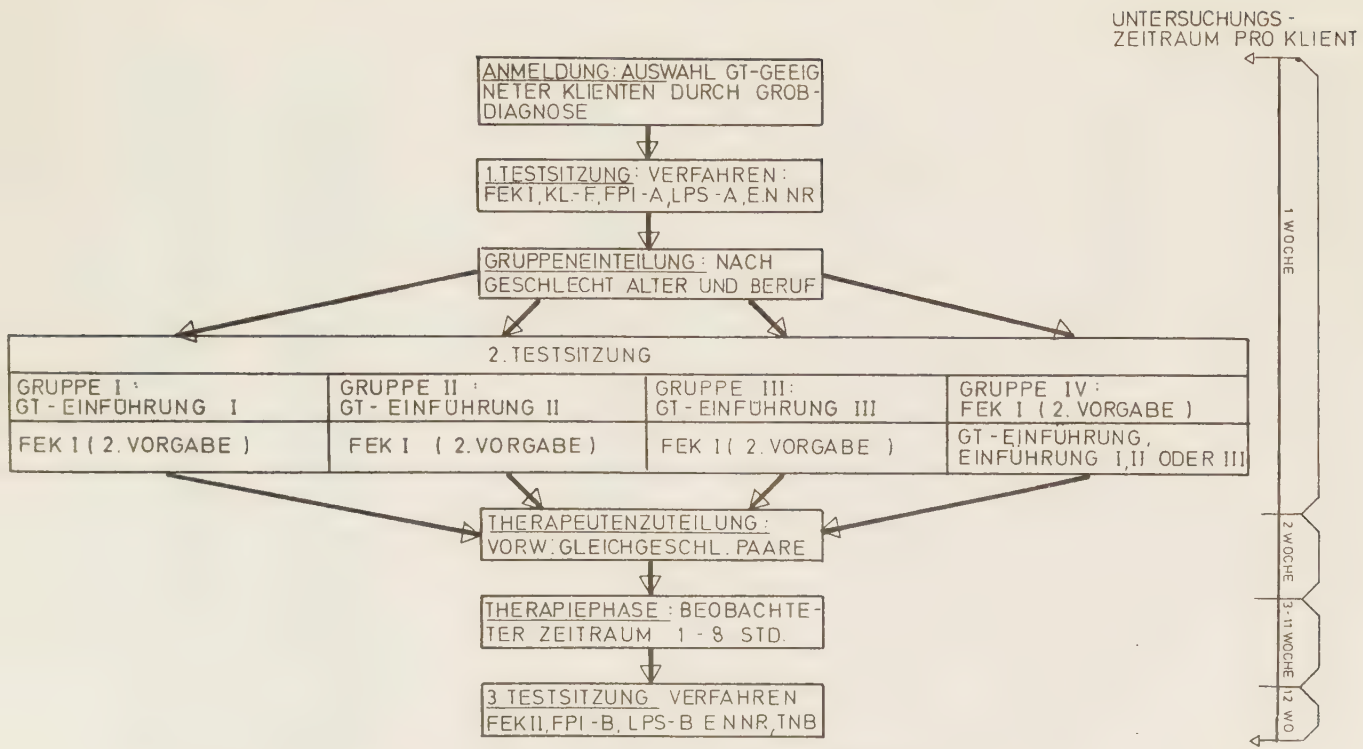


ABB. 6-0: ALLGEMEINER VERSUCHSABLAUF (ERLÄUTERUNGEN IM TEXT)

6.2. Beschreibung der Klienten- und Therapeutenstichprobe

6.2.1. Stichprobenauswahl

Als Grundgesamtheit kamen für die Untersuchung solche Personen in Betracht, die sich aus eigenem Entschluß heraus um therapeutische Hilfe bemühten. Damit ist gewährleistet, daß der Klient ein Mindestmaß an Motivation, die angebotene therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, mitbringt. Motivation ist im Zusammenhang mit unserer Fragestellung von besonderem Belang, da bei vorhandener Motivation die Nichterfüllung von bestimmten Erwartungen des Klienten durch die Therapie einen Entscheidungskonflikt am ehesten hervorruft: Der Klient muß sich entscheiden, ob er sein Ziel (dringender Wunsch nach psychischer Erleicherung) oder das angebotene Mittel zum Ziel (GT) aufgeben kann bzw. will.[1]

Die Beratungs- und Behandlungsstelle mußte zudem in der Lage sein, neben der GT auch andere Behandlungsmethoden anzubieten, damit durch Eigenselektion nicht nur solche Klienten in die Stichprobe kamen, die von vornherein eine GT-Behandlung anstrebten. Auch Klienten, die bereits eine GT-Behandlung erhalten hatten, wurden nicht in die Stichprobe aufgenommen.

Außerdem mußte sofortiger Behandlungsbeginn gewährleistet sein, um die Wartezeiteffekte möglichst minimal zu halten. Dazu war ein ausreichendes Potential an GT-Therapeuten erforderlich.

---

[1] Vgl. dazu die Ausführungen zum Zusammenhang von Motivation, Erwartung und Therapieerfolg, S. 46 ff.

Unter Berücksichtigung der angeführten Faktoren wurde die Untersuchung am Psychologischen Institut der Universität Münster durchgeführt. Die Beratungsstelle der Klinischen Abteilung gewährleistet durch ihren kontinuierlichen Anmeldebetrieb den laufenden Zugang von Klienten. Durch die GT-Ausbildung innerhalb des Psychologiestudiums stehen außerdem genügend Therapeuten zur Verfügung, die die Klienten sofort behandeln können. Die Wartezeit wurde dadurch wesentlich verkürzt.

Nachteilig ist diese Klienten- und Therapeutenauswahl dadurch, daß sich das Klientel erfahrungsgemäß aus Studenten zusammensetzt und damit, gemessen an der Gesamtbevölkerung, eine einseitige Stichprobe zu erwarten ist, die zudem in der Akzeptierung des ratschlagvermeidenden GT-Konzepts bereits einen größeren Freiraum mitbringen dürfte. Zum anderen handelt es sich bei den Therapeuten um Anfängertherapeuten[1], die in der letzten Phase der GT-Ausbildung standen.

Trotz dieser nicht geringen Einschränkungen wurde die oben genannte Stichprobe gewählt, zumal die Praxiserfahrung nahelegt, daß auch studentisches Klientel häufiger andere Erwartungen an eine therapeutische Behandlung hegt als vom Konzept der GT vorgesehen.

6.2.2. Klientel

In die Untersuchung wurden Personen aufgenommen, die im Zeitraum von April bis Dezember 1974 in der Beratungsstelle des Psychologischen Instituts der Universität Münster um Hilfe nachsuchten.

Die Psychologin[1] in der Beratungsstelle war gebeten worden,

---

[1] Ich danke den Psychologiestudenten und Frau Dipl.-Psych. Christa Müller herzlich für ihre Mitarbeit.

- die Klienten im Hinblick auf eine GT-Behandlung vorzuselektieren (Beherrschung der deutschen Sprache, nicht psychotisch, nach den bisherigen - vorwiegend auf der praktischen Erfahrung basierenden - Indikationskriterien für GT geeignet, keine vorherige GT-Behandlung);
- dem Klienten selbst nur mitzuteilen, daß er bald eine Behandlung erhalten könne, ohne nähere Angaben über das Konzept bzw. die Art der Therapie zu machen.

6.2.3. Therapeutenpopulation

Die Therapien wurden - wie bereits erwähnt - vorwiegend von Studententherapeuten durchgeführt, die in der Abschlußphase ihrer GT-Ausbildung standen.

Die Anfängertherapeuten therapierten unter ständiger Supervision ihrer Trainer und erhielten von diesen und von ihrer Ausbildungsgruppe am Ende der Ausbildung eine Beurteilung, die sich an den drei GT-Variablen (Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte, Echtheit und Wärme[1]) orientierte. Aus diesem Grund liegt für die Junior-Therapeuten eine Einschätzung ihrer Therapeutengüte vor, die später bei der Interpretation der Ergebnisse mit herangezogen werden soll.

Für die Therapien standen insgesamt 37 Therapeuten zur Verfügung.

---

[1] Für die drei Variablen, die von ROGERS als notwendig und hinreichend für konstruktive Veränderungen beim Klienten angesehen werden (vgl. die Darstellungen zum Konzept der GT, S. 20), liegen Einschätzskalen vor (s. TAUSCH, 1973, S. 69 ff.).

6.3. Untersuchungsverlauf

6.3.1. 1. Testsitzung

Die Testsitzungen wurden als Gruppensitzungen wöchentlich im Psychologischen Institut durchgeführt, so daß die Klienten spätestens eine Woche nach der Anmeldung daran teilnehmen konnten.

Sie wurden abwechselnd vom Untersuchungsleiter und einem Psychologiestudenten[1] im höheren Semester durchgeführt. Damit sind sowohl der Testleitereinfluß als auch die Kontinuität der Testsitzung in etwa gewahrt.

Folgende Verfahren hatten die Klienten in der angegebenen Reihenfolge zu bearbeiten:

- FEK I[2] (Fragebogen zur Erfassung der Klientenerwartungen bezüglich des Therapeutenverhaltens)
- FPI A (Freiburger-Persönlichkeits-Inventar, Kurzform A)
- LPS A (Leistungs-Prüfsystem, Form A, Aufgaben 1 - 6)
- E.N.NR. (Extraversion, Neurotizismus, Rigiditätsfragebogen, revidierte Form)
- Fragebogen zu persönlichen Daten

Die Testsitzung dauerte im allgemeinen 1 1/2 Stunden.

Anschließend erhielten alle Klienten ein Merkblatt, auf dem ihnen allgemeine Informationen zum Therapieablauf

---

[1] Ich danke Herrn Rainer MOCKEWITZ für seine tatkräftige Unterstützung.

[2] Die Testverfahren werden unter Punkt 6.4. einzeln in ihrer Funktion innerhalb dieser Untersuchung dargestellt.

vermittelt wurden (s. Anhang S.269 f) und einen Termin für die 2. Testsitzung.

6.3.2. Gruppenbildung

Kernpunkt der vorliegenden Untersuchung bildet die Überprüfung gebräuchlicher GT-Vorinformationen auf ihren erwartungsverändernden Effekt. Deshalb wurden die Klienten nach der ersten Testsitzung auf vier Gruppen verteilt. Drei sollten jeweils eine der vorgesehenen Einführungen in die GT erhalten, während die 4. Gruppe als Kontrollgruppe vorgesehen wurde.

Um den Veränderungswert der einzelnen Einführungen bestimmen zu können, war es notwendig, möglichst vergleichbare Gruppen zu erhalten.

Diese Vergleichbarkeit konnte hinsichtlich der Variablen Geschlecht, Alter und Beruf durch Zuteilung annähernd erreicht werden. Der Versuch, die Gruppen auch hinsichtlich des Störungsmaßes (gemessen anhand der verschiedenen Testverfahren) und des Anmeldezeitpunktes konsistent zu halten, erwies sich als zu schwierig. Da die Klienten über ein dreiviertel Jahr verteilt in die Untersuchung aufgenommen wurden, war zum Zeitpunkt der Vierlingsbildung nicht abzusehen, ob noch 'passendere' Klienten zu erwarten waren. Außerdem wäre bei einer Zurückweisung eines Klienten jedesmal Therapeutenkapazität verloren gegangen, da zur Stützung der Motivation den Klienten bei der Anmeldung sofortige Therapiemöglichkeit versprochen wurde.

Tab. 6-0: Verteilung der 52 Vpn auf 4 Gruppen nach Geschlecht, Beruf und Alter

Kriterium	G I	G II	G III	G IV	Summe
Geschlecht:					
männlich	5	5	5	7	22
weiblich	8	7	8	7	30
Summe	13	12	13	14	52
Beruf:					
noch in d. Ausb.	8	11	12	11	42
berufstätig	5	1	1	3	10
Summe	13	12	13	14	52
Alter:					
bis 30 Jahre	10	12	13	13	48
über 30 Jahre	3			1	4
Summe	13	12	13	14	52

Die Tabelle 6-0 zeigt, daß die Gruppen nach dem Geschlecht am besten verteilt wurden. Die Einteilung in Berufstätige und noch Auszubildende wurde bereits schwierig; Berufstätige sind so in den Gruppen I und IV stärker vertreten. Gleiche Schwierigkeiten der Verteilung ergaben sich beim Alter, obwohl hier nur eine Grobeinteilung in bis zu 30 Jahre und über 30 Jahre vorgenommen wurde. Das Durchschnittsalter betrug 24.3 Jahre, bei einer Standardabweichung von 3.93.

6.3.3. 2. Testsitzung

Zur 2. Testsitzung vor Therapiebeginn wurden die Klienten innerhalb von zwei bis drei Tagen einzeln bestellt.

Je nach Gruppenzugehörigkeit erhielten sie eine der drei vorgesehenen Informationen über das GT-Konzept:

- die Gruppe G I wurde aufgefordert, ein Merkblatt zur GT aufmerksam zu lesen (GT-Einführung I)
- Gruppe G II erhielt die gleiche Information vom Tonband mit anschließendem Beispiel aus einer Gesprächspsychotherapie (GT-Einführung II)
- Gruppe G III wurde wie Gruppe G II behandelt, sie erhielt nur ein anderes Tonbandbeispiel (GT-Einführung III)
- Gruppe G IV erhielt zunächst keine Informationen über das GT-Konzept.

Im Anschluß an diese Testphase beantworteten die Gruppen G I, G II, G III den FEK I ein zweites Mal, während die Gruppe G IV erst nach der zweiten Ausfüllung des FEK I eine der drei GT-Einführungen erhielt (s. Tab. 6-1).

Tab. 6-1: Ablauf der 2. Testsitzung für alle 4 Gruppen

Experimentalgruppen	Kontrollgruppe
G I G II G III	G IV
GT-Einführung I II III	2. Ausfüllen des FEK I
G I G II G III	G IV (I) G IV (II) G IV (III)
2. Ausfüllen des FEK I	GT-Einführung I II III

6.3.3.1. GT-Einführungen

Obwohl Erfahrungen mit dem 'Role Induction Interview' und 'Vicarious Pre-Therapy Training' nahelegen, daß Filmmitschnitte von Therapien besonders instruktiv für die angehenden Klienten sind und einen echten Aufforderungscharakter für angemessenes Therapieverhalten darstellen, wurde bei der Beispielauswahl auf das Medium Fernsehen aus zweierlei Gründen verzichtet:

- Eine derartige Ausweitung hätte weitere Experimentalgruppen erfordert, da die Wirkung spezieller Veränderungen nur dann meßbar ist, wenn die Gruppen untereinander nur in einer Variablen unterschiedlich behandelt werden. Dazu fehlten aber sowohl die Klienten als auch die Zeit, um auf weitere Klienten zu warten;
- zum zweiten scheint es sinnvoll - bei notwendiger Beschränkung - die GT-Einführungen zu untersuchen, die in der GT-Praxis allgemein üblich sind und auch ohne großen technischen Aufwand geschehen können. Sollte sich herausstellen, daß dieser Aufwand gar nicht erforderlich ist, so wäre damit für den Praktiker, der die erforderlichen Hilfsmöglichkeiten nicht zur Verfügung hat, ein wichtiger Hinweis gegeben.

Für die Informationsbeeinflussung wurde ein im Psychologischen Institut der Universität Münster entwickeltes Informationsblatt (vgl. auch TAUSCH, 1973, S. 38) genommen, in dem dem Klienten die wesentlichen Gesichtspunkte der GT vermittelt werden. Die Tonbandbeispiele wurden im Hinblick auf ihren potentiellen Veränderungswert für die Wunsch-Komponente der Erwartung ausgewählt. Die Beispiele werden nun im einzelnen genauer betrachtet.

6.3.3.1.1. Einführungsbeispiel I

Die Gruppe I bekam zu Beginn der 2. Testsitzung ein Merkblatt überreicht, das sie im Beisein des Untersuchungsleiters aufmerksam lesen sollte. Der Text des Merkblattes ist auf der folgenden Seite (S. 107) im Original angeführt.

Wurden vom Klienten anschließend Fragen gestellt (dies kam relativ selten vor), so versuchte der Versuchsleiter, den Inhalt des Merkblattes mit anderen Worten noch einmal zu verdeutlichen. Es wurde darauf geachtet, daß dadurch möglichst wenig neue Elemente zum Tragen kamen.

Psychologisches Institut
der WWU Münster
- Abt. Klin. Psych. -

44 Münster, Rosenstr. 9
Suckert-Wegert, Zi. 451
Tel. 4904153
Sprechstunde: Di. 11-12h

Informationsblatt 2
zur Gesprächspsychotherapie

Bitte lesen Sie sich dieses Informationsblatt in aller Ruhe durch. Es gibt Ihnen wichtige Informationen über die Art und Weise wie Klient und Therapeut in der Gesprächspsychotherapie miteinander umgehen.

Der Klient soll in der klienten-zentrierten Gesprächspsychotherapie frei und offen über die Probleme, die ihn momentan belasten, sprechen und dabei seine Gefühle und Empfindungen möglichst unmittelbar zum Ausdruck bringen. Es steht ihm frei, über welches Thema er sprechen möchte, d.h. der Psychotherapeut fordert ihn nicht auf - auch nicht zu Therapiebeginn -, zu bestimmten Problemkreisen Stellung zu nehmen. 'Klienten-zentriert' heißt also, daß der Klient im Mittelpunkt des therapeutischen Geschehens steht, daß er den Verlauf der Therapie aktiv von sich aus bestimmt.

Der Therapeut bittet den Klienten weder auf die Couch, noch deutet er Träume. Er sucht die Ursachen für die Schwierigkeiten des Klienten nicht in dessen früher Kindheit und gibt auch keine praktischen Ratschläge zum Überwinden der Probleme.

Vielmehr gibt er dem Klienten Hilfestellung, damit dieser lernt, seine Probleme und Schwierigkeiten aus sich selbst zu verstehen und zu lösen. Er versetzt sich in die Erlebniswelt des Klienten und versucht von dorther, dessen Gefühle und Empfindungen nachzuvollziehen und dem Klienten mitzuteilen.

Diese aktive Mitarbeit des Klienten hat sich auch in wissenschaftlichen Untersuchungen als sehr wichtig für den Therapieerfolg herausgestellt, so daß es sinnvoll ist, daß sich der Therapeut in der oben beschriebenen Weise verhält.

Durch die klienten-zentrierte Gesprächspsychotherapie werden die Klienten ruhiger und entspannter, sie empfinden weniger Angst und Erregung, sehen die sie belastenden Situationen und Lebensumstände deutlicher und oft unter anderen Gesichtspunkten und nehmen gegenwärtige und zukünftige Schwierigkeiten mutiger und erfolgreicher in Angriff, so daß sie die Therapie schließlich selbst beenden können.

6.3.3.1.2. Einführungsbeispiel II

Die Einführungen II und III waren so angelegt, daß sie sich gegenüber Einführung I möglichst geringfügig unterschieden.

So wurde der Inhalt des Merkblattes, das die erste Gruppe G I gelesen hatte, der Gruppe G II vom Tonband vermittelt. Den Inhalt des Merkblattes hatte eine männliche, in die Fragestellung der Untersuchung nicht eingeweihte Person vorher auf das Tonband gesprochen.

Dieser Gruppe wurde dann zusätzlich ein Ausschnitt aus einer Gesprächspsychotherapie vorgespielt. In ihm stellt eine Klientin ihre Beziehung zu ihrem Freund und ihren Eltern dar. Der Gesprächstherapeut ist ebenfalls weiblich.

Das Beispiel ist vom Inhalt her zwar zufällig gewählt worden, gleichwohl kann angenommen werden, daß Klienten, die mit einer ähnlichen Problematik in die Therapie gekommen sind, sich stärker mit der Tonbandklientin identifizieren als Klienten, für die dieses Problem weniger wichtig ist. Dies ist später bei der Auswertung zu berücksichtigen.

Ein gleichgeschlechtliches Therapiepaar wurde gewählt, da in der Untersuchung selbst gleichgeschlechtliche Paare gebildet werden sollten, um die Variable männlich-weiblich zu kontrollieren. So kommt MINSEL nach Durchsicht entsprechender Literatur zu dem Schluß, daß es Hinweise dafür gibt, "daß gleichgeschlechtliche Dyaden eher eine Behandlung zu Ende führen" (MINSEL, 1974, S. 81). Für unsere Fragestellung gewinnen wir dadurch einen zusätzlichen Sicherungspunkt, daß ein Therapieabbruch nicht solchen Nebeneffekten unterliegt.

Die Länge des Therapieausschnittes ergab sich aus vorausgegangenen Versuchen. Dort hatte sich herausgestellt, daß die Klienten im allgemeinen nicht länger als zwei Minuten aufmerksam zuhören mochten.

Im folgenden nun das Beispiel II:

Bitte hören Sie sich dieses Tonband genau an. Es gibt Ihnen wichtige Informationen über die Art und Weise, wie Klient und Therapeut in der Gesprächspsychotherapie miteinander umgehen:

Der Klient soll..... (Wortlaut wie Merkblatt Einführungsbeispiel I) .....

Um Ihnen einen Eindruck von der Art der 'klientenzentrierten' Gesprächspsychotherapie zu geben, spielen wir Ihnen nun einen Therapieausschnitt vom Tonband vor. Bitte hören Sie sich genau an, wie Therapeut und Klient miteinander sprechen!

Kl.: Aber andersrum, eh... hängt das jetzt auch wieder mit meinem Freund zusammen. Das habe ich mir jetzt auch klar gemacht, daß ich also mit ihm vielleicht den Kontakt habe, den ich eh... mir mit einem anderen Menschen gar nicht vorstellen könnte,

Th.: daß das für Sie unwahrscheinlich viel bedeutet, diese Zweisamkeit.

Kl.: Ja, weil ich, eh..., also weil ich grundsätzlich eben bißchen Schwierigkeiten habe, mich also so, eh, anderen Menschen gegenüber ganz und gar frei zu geben, wie ich wirklich bin.

Th.: Sind Sie, eh, richtig froh, daß Sie da jemanden jetzt haben, eh, bei dem Sie das wenigstens machen können?

Kl.: Ja, und das hat sehr lange gedauert, eh..., ehe ich dazu bereit gewesen bin, also, das hat auch praktisch Jahre könnte man sagen, ehe ich diese Schranken so aufgegeben habe, daß ich immer gemeint habe, eh so, daß alle immer so, na, wie soll man sagen, mh, also mich nicht verstehen. Also ich hatte durch diese Kindheit und alles, eh, immer das Gefühl, daß mich keiner versteht. Und eh...

Th.: das hat sich jetzt bei Ihrem Freund, eh, so ganz geändert, das tut Ihnen so gut daran.

Kl.: Ja, bei dem ist das nicht so. Es ist z.B. auch bei meinen Eltern so. Also ich, ich habe wirklich, eh, nicht, nicht einen einzigen bei, von dem ich sagen könnte, daß ich, daß der mich ver-

steht, außer ihm. Mit meinen Eltern ist es genauso. Mit meinem Vater habe ich kaum Kontakt, und, eh, also ich hab' schon Kontakt, aber der ist mir eben durch die Zeit auch sehr fremd geworden...

Th.: ....so daß Sie sich da auch gar keinen Kontakt mehr wünschen würden...

Kl.: ...eh,... wünschen vielleicht schon, aber... jedenfalls nicht mehr, daß der Wunsch so, so stark irgendwie ist...

Th.: Es ist für Sie 'ne Sache, die Sie auch etwas neutral betrachten können.

Kl.: Ja, das tut mir zwar leid jetzt, daß es so ist, aber, eh, also ich hab' kein schlechtes Verhältnis zu ihm, aber eben nicht mehr so, daß das Persönliche dadurch, daß ich z.B., wenn ich irgend jemanden länger nicht gesehen habe, mich ihm gegenüber gleich fremd fühle. Also den Kontakt, den ich dann mit einem Menschen meinetwegen geschlossen habe, weil ich mit irgend jemandem oft zusammen war, der geht dann aber sofort wieder verloren, wenn ich jemanden schon, sagen wir mal ein halbes Jahr nicht gesehen habe.

Th.: Für Sie ist das da ganz wichtig, daß Sie da eigentlich in dauernder Kommunikation mit dem Gegenüber stehen.

Kl.: Ja, eigentlich wohl. Also es, es fällt mir auch z.B. schwer, wenn ich jetzt, eh, sagen wir mal - wir haben also früher woanders gewohnt - und, eh ich hatte da natürlich auch Freundinnen in der Schule. Aber wenn ich jetzt mit denen weiterhin brieflichen Kontakt gehabt hätte, das hatte ich anfangs zwar, aber, eh, wenn ich die jetzt besuchen würde, dann wär' ich, fühlte ich mich denen gegenüber so fremd, also daß mir der Kontakt überhaupt nichts mehr bedeutet eigentlich.

Th.: Daß Sie sich von daher eigentlich auch gar nicht gedrängt fühlen, mit denen sich noch, eh, in Kommunikation zu stehen.

Kl.: Ja, also nein, genau. Ja, das, das ist es. Also andere, die, eh, wenn ich das so sehe, die schreiben sich mit wildfremden Leuten und später auch noch, und dadurch wird der Kontakt dann fast noch enger. Aber das ist bei mir genau das Gegenteil. Wenn ich mit jemandem längere Zeit nicht zusammen gewesen bin, dann, dann brauch' ich erst wieder 'ne Zeit, um, wie man so sagt, warm zu werden.

Th.: Aber daß Sie das eigentlich nicht so als Manko empfinden...

Kl.: Nein, das eigentlich nicht, aber das war jetzt mit meinem Vater so, von daher kam das jetzt. Und also deswegen fällt der schon, schon vollständig aus. Geschwister hab' ich nicht und meine

Mutter, eh, die ist durch meinen Pflegevater eben ... also auch mir ein bißchen entfremdet so, und auch vor allen Dingen meine Mutter hat, eh, keine höhere Schulbildung und, eh, so ist es auch schon manches Mal 'n bißchen schwierig. Und noch dazu also daß eben, daß ich mich mit meinem Pflegevater überhaupt nicht verstehe und dadurch, eh, ist meine Mutter dann auch immer so mal auf der einen, mal auf der anderen Seite.

Th.: Daß das für Sie auch gar keine Alternative bietet, eigentlich, mit Ihrer Mutter in engeren Kontakt zu kommen.

Kl.: Also an sich habe ich zu meiner Mutter ein gutes Verhältnis. Aber, eh, es ist irgendwie, durch die Probleme, die mit meinem Pflegevater sind, ist das ein bißchen getrübt und auch auf die Dauer auch durch die Schulbildung, so also, daß, daß ich jetzt inzwischen andere Ansichten gekriegt habe, also, daß sie überhaupt nicht verstehen kann, was meiner Ansicht nach wohl gerechtfertigt ist.

Th.: Daß Sie sich da so, eh, eigentlich, aus ganz natürlichen Gründen auch etwas entfremdet fühlen.

Kl.: Ja.

6.3.3.1.3. Einführungsbeispiel III

Gruppe G III erhielt wie die zweite Gruppe G II die Einführung in die GT vom Tonband. Hier wurde nur das Therapiebeispiel selbst verändert. Es wurde ein Ausschnitt gewählt, in dem sich ein anderes gleichgeschlechtliches weibliches Therapiepaar unterhält. Die Klientin schildert hier, wie erstaunt sie ist, daß das Verhalten der Therapeutin ihr geholfen hat, obwohl sie am Anfang ganz andere Erwartungen hatte und auch jetzt noch nicht sicher ist, ob sie diese Erwartungen (Therapeut als Ratgeber) fallen lassen soll.

Es wird vermutet, daß dieses Beispiel unter allen drei Beispielen die effektivste Form der Erwartungsbeeinflussung in Richtung auf das GT-Konzept darstellt und somit besonders geeignet ist, von Emotio-

nen und subjektiven Bedürfnissen beeinflußte Erwartungen zu verändern.

Im folgenden wieder der Wortlaut:

Bitte hören Sie sich dieses Tonband genau an. Es gibt Ihnen wichtige Informationen über die Art und Weise, wie Klient und Therapeut in der Gesprächspsychotherapie miteinander umgehen:

Der Klient soll..... (Wortlaut wie Merkblatt Einführungsbeispiel I).....

Um Ihnen einen Eindruck von der Art der 'klientenzentrierten' Gesprächspsychotherapie zu geben, spielen wir Ihnen nun einen Therapieausschnitt vom Tonband vor. Bitte hören Sie sich genau an, wie Therapeut und Klient miteinander sprechen.

Kl.: ... ich das jetzt so sagen soll, wie mir das jetzt so in den eh, ..., ja in den letzten Stunden eigentlich so auf mich ge- gewirkt hat, das, was wir hier so gemacht haben, eh, dann muß ich doch eigentlich sagen, daß ich ziemlich erstaunt bin, eh, daß ich, eh, eigentlich in meinen Gedanken weitergekommen bin. Das habe ich im Grunde genommen, eh, ja, so nach der ersten Stunde eigentlich nicht erwartet...

Th.: Daß Sie das irgendwo gar nicht fassen können, daß da so was für Sie in Gang gekommen ist, obwohl Sie das eigentlich gar nicht so gesehen haben, daß es so läuft...

Kl.: Ja, vor allen Dingen, weil ich so wahrgenommen haben, daß Sie eigentlich, eh, ja von sich aus überhaupt nichts dazu gesagt haben, und daß doch so am Anfang eigentlich meine stille Erwartung gewesen ist, daß ich hier mehr so, eh, ja aus Ihrem Erfahrungsschatz eigentlich schöpfen könnte und ich, eh, auch ehrlich sagen muß, ich war am Anfang ziemlich enttäuscht, daß das, eh...

Th.: ...so daß es Ihnen doch noch ziemlich zu schaffen gemacht hat, daß ich da nicht so Ihnen gesagt habe, wie das Ganze läuft oder was, eh, so für Sie günstig ist.

Kl.: Ja, das würde ich auch, eh, ..., eigentlich jetzt immer noch ein bißchen seltsam finden, daß, eh, ..., und ich kann also die Entwicklung eigentlich noch nicht so ganz abschätzen, wie sich das so entwickelt hat, das ist für mich mehr so 'ne Art Überraschungsmoment, daß ich eigentlich jetzt so sagen muß, im Grunde genommen habe ich mich ein ganzes Stück weiterentwickeln kön-

nen, und ich frage mich jetzt, ob meine anfängliche Erwartung, eh, ..., ja, ob ich die jetzt revidieren würde.

Th.: ...Daß Sie da so im Augenblick da so irgendwo mit sich im Gange sind, so, ja einerseits sehen, vielleicht könnte mir das Ganze was bringen in der Art, aber andererseits auch so, immer so irgendwie spüren, eigentlich möchten Sie mich irgendwo anders haben, mich als Therapeuten.

Kl.: Ja, manchmal würde ich mir doch noch wünschen, irgendwo so'n, mh, eh, einfach mehr von Ihnen selbst zu erfahren oder so, eh, ja doch so'n handfesten Ratschlag zu haben, weil ich einfach annehme, daß Sie mehr Erfahrung haben auf, eh, ja auch im Umgang mit vielen Problemen, weil Sie mehr Leute kennen eigentlich, nur eh, ...

Th.: Ist es so, daß Sie so'n bißchen den Eindruck haben, eh, ich enthalte Ihnen da was vor...

Kl.: Ja, da bin ich mir eben im Moment nicht sicher. Ich hab' jetzt auf der einen Seite immer noch so'n unbehagliches Gefühl, daß ich diesen Anspruch noch habe, aber auf der anderen Seite habe ich jetzt ja auch gesehen, wie das in den Stunden gelaufen ist, und eh, es hat mich unheimlich überrascht, daß ich aufgrund unserer Sprechweise so weit eigentlich gekommen bin, daß ich mir sehr viel Gedanken und auch neue Gedanken machen konnte...

Th.: ...Weil es Sie auch einfach so, so irgendwo jetzt so unsicher sind, eh, welchen Wert hat das Ganze, oder würden Sie tatsächlich vielleicht andere Ansprüche an mich haben...

Kl.: ...Eh, genau. Ob ich meine alten Ansprüche jetzt eigentlich, die ich ganz am Anfang wirklich sehr stark hatte, und wo ich auch ganz schön, eh, mich umstellen mußte und mir das auch nicht so ganz leicht gefallen ist.

Th.: ...Daß Sie da jetzt eigentlich noch mit zu kämpfen sind...

Kl.: Ja, genau, daß ich, eh, ob ich die jetzt wirklich so ganz hintenan stellen kann oder ob das, eh, ja oder ob ich die revidieren muß. Weil das positive Ergebnis ja einfach da ist oder gewesen ist.

Th.: Mhm, daß Ihnen da, daß Sie irgendwo so im Augenblick da noch was dran hindert, daß andere diese, eh, diesen Anspruch Ihren früheren da einfach beiseite zu schieben...

Kl.: Ja, eh, aber ich muß auch nochmal irgendwie darauf zurückzukommen, wie das, zurückzukommen, wie das auf mich gewirkt hat. Ich fand das eigentlich, eh, ja abgesehen von dieser einen Situation mit Ratschlag, die Erwartung hatte ich vielleicht, auch sonst irgendwie so ganz überraschend, daß ich hier tatsächlich so, eh,

sprechen konnte, wie, eh, ich das eigentlich so gerade das Bedürfnis hatte. Das war am Anfang unheimlich, ja belastend für mich, weil ich nicht genau wußte, wie ich reagieren mußte, aber so nach einigen Stunden hatte ich so den Eindruck, daß das auch eh, durchaus positiv sein kann.

Th.: Ist es ein bißchen, daß Sie so den Eindruck hatten, eh, hier müssen doch eigentlich irgendwelche Grenzen gesetzt sein und daß Sie da so, so ja so'n bißchen vielleicht erlebt haben, Sie stürzen da in so'n luftleeren Raum, weil, daß da so gar keine Grenzen sind und das zu gebrauchen...

Kl.: Ja, das war am Anfang so unheimlich schwierig, weil ich ja nicht wußte, wie das funktioniert, und es für mich sowieso schwer ist, wenn ich mich nicht nach gewissen Regeln richten kann, sondern praktisch diese Regeln selbst aufstellen muß. Und dann fühlte ich mich so unheimlich unsicher, und das ist jetzt manchmal auch noch so, aber...

Th.: Das ist für Sie einfach so, daß Sie's so als echte Hürde erleben, um da zu sehen, da ist tatsächlich Platz für mich, und ich kann gar keinen Platz gestalten so gut wie ich möchte.

Kl.: Ja, ja, und daß ich jetzt aber doch irgendwie so manchmal ganz positiv erlebt habe, daß ich das irgendwie durchgestanden habe und, eh, ich würde.....

6.3.4. Therapiephase

6.3.4.1. Klienten- und Therapeutenzuteilung

Nach Erhebung aller Testdaten vor Therapiebeginn und Informierung des Klienten über das Konzept der GT wurde jedem Klienten innerhalb einer Woche ein Therapeut zugewiesen.

Da mehr männliche Therapeuten als Klienten und weniger weibliche Therapeuten als Klientinnen zur Verfügung standen, war es nicht in allen Fällen möglich,

gleichgeschlechtliche Therapiepaare zu bilden. Es ergaben sich folgende Paarungen:

Tab. 6-2: Verteilung der Klienten und Therapeuten nach dem Geschlecht

Klient	Therapeut		Summe
	männlich	weiblich	
männlich	22	0	22
weiblich	7	23	30
Summe	29	23	52

Von den gegengeschlechtlichen Klient-Therapeutpaaren enthält die Experimentalgruppe I 2, die Gruppe II 1, die Gruppe III 2 und die Kontrollgruppe IV ebenfalls 2 Paare.

6.3.4.2. Informationen für die Therapeuten

Die Therapeuten erhielten die Auflage, jedes Gespräch mit ihrem Klienten auf Tonband aufzuzeichnen und durch therapiebegleitende Fragebögen (den Klienten- und Therapeutenfragebogen von ECKERT/SCHWARTZ sowie den BARRETT-LENNARD-Fragebogen zur Therapeutenbeurteilung durch den Klienten, s. Anhang S. 304 ff.) zu kontrollieren. Außerdem mußten sie sich von ihren Trainern jede Woche einmal supervisionieren lassen.

Da die Therapie nur bis zur 8. Stunde einschließlich durch die Untersuchung begleitet wurde, hatten die Therapeuten weiterhin darauf zu achten, daß ihre Klienten rechtzeitig an der Abschlußtestsitzung teilnahmen.

Die Zeitbegrenzung des Therapiebeobachtungszeitraums hatte verschiedene Gründe. Zum einen spielte der Zeitraum, der für die gesamte Untersuchung zur Verfügung stand, eine einschränkende Rolle, zum anderen kann nach bisherigen empirischen Ergebnissen angenommen werden, daß, falls ein Klient die Therapie abbricht, er dies innerhalb der ersten Therapiestunden tut (vgl. S. 54 und 55).

6.3.5. 3. Testsitzung

Eine weitere Testsitzung wurde im Anschluß an die Therapie bzw. nach der 8. Therapiestunde durchgeführt. Sie fand zunächst wiederum als Gruppensitzung statt.

Da sich aber bald herausstellte, daß einige Klienten trotz wiederholten Anschreibens zu diesem Termin nicht erschienen und es sich gerade bei diesen um potentielle Abbrecher handeln konnte, wurde die Testsitzung in dem 2. und 3. Drittel des Untersuchungszeitraums über Postkontakt durchgeführt.

Dadurch wurde die Testbatterie um den LPS dezimiert, der nur unter Anleitung durchgeführt werden kann. Der Verzicht auf dies Meßinstrument erschien uns weniger schwerwiegend als der Verlust aller Nachtestdaten.

So wurden jedem Klienten nach Beendigung der Therpie bzw. nach der 8. Therapiestunde folgende Testverfahren mit frankierter Rückantwort zugeschickt:
- FPI B (Freiburger-Persönlichkeits-Inventar, Kurzform B),
- E.N.NR (Extraversion-, Neurotizismus- und Rigiditätsfragebogen, revidierte Form),

- TNB (Therapienachbefragungsbogen),
- FEK II (Fragebogen zur Erfassung des wahrgenommenen Therapeutenverhaltens; eine modifizierte Form des FEK I).

6.4. Die Meßinstrumente

6.4.1. Auswahl der Meßinstrumente

Um den Erwartungsveränderungswert der einzelnen GT-Einführungen messen und mögliche Auswirkungen auf den Therapieverlauf abschätzen zu können, wurden Testverfahren und Fragebögen eingesetzt. Im einzelnen wurden Verfahren benötigt, die

- die Erwartung der Klienten an das Therapeutenverhalten vor und nach der GT-Einführung erheben,
- eine Vergleichbarkeit der Klienten untereinander ermöglichen und
- zudem Aussagen über den Therapieverlauf und -erfolg zulassen.

Da es im deutschen Sprachraum kein geeignetes Instrument gab, das die Erwartungen von Klienten an den Therapeuten als Ratgeber erhebt, wurde dies Instrument von uns selbst entwickelt.

Die sonstigen Verfahren, die in der Untersuchung verwandt wurden, sind in der deutschen GT-Forschung bereits mehrfach verwandt worden und haben sich bei der Messung des Therapieverlaufs und -erfolgs bewährt.

Tabelle 6-3 verdeutlicht noch einmal den Einsatzpunkt der einzelnen Verfahren, die nun genauer beschrieben werden sollen.

Tab. 6-3: Einsatzzeitpunkt der einzelnen Meßverfahren

1. Testsitzung (Vortest)	2. Testsitzung (GT-Einführung)	Therapiephase	3. Testsitzung (Nachtest)
FEK I FPI A LPS A (1 - 6) E.N.NR. Klienten-Datenerhebungsbogen	FEK I (2. Vorgabe)	Therapiebegleitbögen, Tonbandaufnahmen, Supervision, Therapeutenbeurteilung	FEK II FPI B E.N.NR. TNB

6.4.1.1. FEK I - Fragebogen zur Erfassung der Klientenerwartungen

Dieser Fragebogen, der speziell für diese Untersuchung konstruiert wurde, wird im folgenden eingehend dargestellt.

6.4.1.1.1. Fragebogenkonstruktion

6.4.1.1.1.1. Itemauswahl

Der Fragebogen sollte so angelegt sein, daß er die Erwartungen der Klienten erfaßt, die an die Rolle des Therapeuten gerichtet sind und von diesem ein direktives, leitendes Vorgehen während der Therapie annehmen.

Es wurden zunächst Aussagen gesammelt, die generell direktive Vorgehensweisen eines Therapeuten beschrei-

ben. Eine sinnvolle Einengung dieser Aussagen wurde dadurch erreicht, daß Items, die zwar ein direktives Vorgehen vom Therapeuten beschreiben, aber nicht im Gegensatz zur GT stehen, von vornherein eliminiert wurden. So ist die Therapiestunde auch in der GT begrenzt und wird vom Therapeuten in bestimmender Weise abgebrochen, wenn die Zeit abgelaufen ist.

Ein Fragebogen von MANN & STAUSS (1971), der zur Erfassung allgemeiner Klientenerwartungen konstruiert worden war, und in dem durch eine Faktorenanalyse ein Faktor extrahiert werden konnte, den die Autoren als 'Annahme eines aktiven Therapeutenverhaltens' identifizierten, brachte eine weitere Möglichkeit der Itemauswahl.

So wurden 47 Items gewonnen, die den Bereich der Klientenerwartungen abdecken und im Gegensatz zum GT-Therapeutenkonzept stehen.

Die Erwartung eines bestimmten Therapeutenverhaltens impliziert aber auch bestimmte Verhaltensweisen des Klienten. Um auch diese anzusprechen, wurden noch weitere 10 Items gebildet, die sich auf das vom Klienten vermutete und beabsichtigte Verhalten in der Therapie beziehen.

Der ursprüngliche Fragebogen umfaßte damit 57 Items, die alle so formuliert wurden, daß sie eindeutig als durch das GT-Konzept erfüllbar oder nicht-erfüllbar bezeichnet werden konnten.

6.4.1.1.1.2. Sprachliche Form der Items

Im theoretischen Teil dieser Arbeit haben wir versucht, daß psychische Phänomen der Erwartung für den

Handlungsablauf eines Individuums näher zu bestimmen (vgl. die Darstellungen zum handlungstheoretischen Ansatz, S. 77 f.). Dabei ist deutlich geworden, daß die jeweilige Erwartung für die zur praktischen Ausführung gelangende Handlung Entscheidungswert besitzt. Sie bestimmt das Ziel sowie die Mittel und Wege, die zur Zielerreichung eingesetzt werden, mit. Weiterhin ist deutlich geworden, daß Erwartungen inhaltlich sowohl von Erfahrungen und Wissen, als auch von Wünschen und Bedürfnissen geprägt werden (s. auch Abb. 4-0, S. 75). In der Hypothese 2 (S. 91) wird zudem behauptet, daß Erwartungen dann gegenüber widersprechender Information (als solche wird die Mitteilung, der Therapeut gibt keine Ratschläge, verstanden) resistenter sind, wenn diese stark von subjektiven Befindlichkeiten und Wünschen beeinflußt werden. In den empirischen Untersuchungen wurde eine Unterscheidung zwischen einer solchen Wunsch- und Wissenskomponente der Erwartung nur in einer Gemeinschaftsarbeit von MANN (1972) und STAUSS (1973) besonders berücksichtigt. Allerdings waren die jeweiligen Wunsch- und Wissen-Items in dem Fragebogen, der dieser Untersuchung zugrunde lag, von so unterschiedlichem Inhalt, daß eine tatsächliche Trennung unseres Erachtens nicht erfolgt ist. Um die Hypothese überprüfen zu können, ist es aber notwendig, pro Erwartungshaltung beide Komponenten (im folgenden auch als kognitiv-rationale und kognitiv-emotionale Komponenten bezeichnet) getrennt zu erfassen.

Es wurde angenommen, daß die kognitiv-rationale Komponente der Erwartung, d.h. das Wissen über bestimmte Sachverhalte und Zusammenhänge, gut durch das Wort 'Annahme' wiedergegeben wird.

Die kognitiv-emotionale Komponente, die durch Einstellungen und Motive des Individuums geprägt ist, schien durch den 'Wunsch', daß bestimmte Dinge und

Sachverhalte so und nicht anders sein möchten, repräsentiert.

Dementsprechend wurde jedes Item als Annahme oder Wunsch formuliert und der Fragebogen insgesamt zweigeteilt; in einen Annahmeteil und einen Wunschteil mit je 57 Items, die ansonsten wortwörtlich identisch waren. Zur Verdeutlichung sei ein Beispiel gegeben:

Beispiel aus dem Annahmeteil:

> Ich nehme an, daß der Therapeut mir einen konkreten Plan gibt, nach dem ich mich richten kann.

Parallel heißt es im Wunschteil:

> Ich wünsche mir, daß der Therapeut mir einen konreten Plan gibt, nach dem ich mich richten kann.

An diesem Beispiel wird auch deutlich, daß die Items in der Ich-Form gebildet wurden. Dies geschah in der Absicht, die Ich-Beteiligung des Klienten bei der Fragebogenbeantwortung zu stimulieren.

Die Ich-Beteiligung ist von SHERIF & HOVLAND (1961) in der Assimilations-Kontrast-Theorie als wichtige Variable bei der Einstellungsbildung[1] und -änderung beschrieben worden.

> "Je stärker die Ich-Beteiligung an dem Objekt/Ereignis einer Attitüde ist, um so enger ist der Spielraum der Akzeptanz; die Weite des Spielraumes der Akzeptanz ist eine negative Funktion der Stärke der Ich-Beteiligung" (IRLE, 1975, S. 291).

---

[1] Zwischen Einstellung und Erwartung besteht ein enger Zusammenhang. Während die Einstellung als "dauernde, stabile Bereitschaft einer Persönlichkeit ..., hinsichtlich Personen und sachlichen Gegebenheiten in bestimmter Weise wahrzunehmen, zu fühlen, zu denken und zu handeln" (KOHLER, 1968, S. 22) bezeichnet werden kann, ist die Erwartung eine daraus hervorgehende aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt zur Vorbereitung von Handlungen.

Diese besonders die Wunschkomponente der Erwartung formende Einstellung sollte somit provoziert werden, um die Enge und Weite der Akzeptanz besonders nach der Konfrontation mit erwartungswidersprechender Information analysieren zu können. Der Fragebogen wurde also sofort auch im Hinblick auf die Messung der Erwartungsänderung nach den verschiedenen GT-Einführungen konstruiert.

6.4.1.1.1.3. Antwortkategorien

Als Antwortform wurde die einfache Dichotomisierung Ja - Nein und damit eine Nominalskala gewählt. Diese Form der Beantwortung hat für unsere Fragestellung zwei Vorteile. Sie zwingt den Klienten zu einer klaren Entscheidung im Hinblick auf seine Annahmen und Wünsche. Zudem ermöglicht sie bei der Auswertung des Fragebogens eine eindeutige Zuordnung der Annahmen und Wünsche zu GT-konformen und GT-nicht-konformen Aussagen (vgl. GUTJAHR, 1974, S. 58 ff.).

6.4.1.1.1.4. Zusammenfassung der Fragebogenausgangsform des FEK I

Die ursprüngliche Form des FEK I bestand aus 57 Items, die Aussagen über das Verhalten von Therapeut und Klient in der Therapie machen. Alle Items wurden so formuliert, daß sie durch das GT-Konzept als eindeutig erfüllbar oder nicht-erfüllbar identifiziert werden konnten.

Um Wissens- und Wunschinhalte der Erwartung getrennt erfassen zu können, wurde der Fragebogen aus zwei

Teilen zusammengesetzt. Ein Teil bot alle Items als Annahmen an, im anderen Teil waren dieselben Items als Wünsche formuliert.

Als Antwortkategorie wurde eine einfache Ja-Nein-Einteilung gewählt, da somit ein eindeutiges Maß für die Konformität bzw. Nicht-Konformität der Klientenerwartungen mit dem Konzept der GT gegeben ist.

Auf den folgenden Seiten sind zwei Ausschnitte aus beiden Fragebogenteilen dargestellt.

Ausschnitt aus dem FEK I (Annahmeteil):

1. Ich nehme an, daß der Therapeut den Verlauf der Therapie nach seinen Vorstellungen bestimmt. Ja Nein

2. Ich nehme an, daß der Therapeut möglichst viele Entscheidungen für mich trifft. Ja Nein

3. Ich nehme an, daß ich es letztlich selbst bin, der sich sagt, was ich tun soll. Ja Nein

4. Ich nehme an, daß der Therapeut zu Beginn jeder Therapiestunde eine Zusammenfassung der letzten Therapiestunde gibt. Ja Nein

5. Ich nehme an, daß der Therapeut am Ende jeder Therapiestunde einen Hinweis gibt, was ich bis zur nächsten Stunde tun soll. Ja Nein

6. Ich nehme an, daß ich das Geschehen in der Therapiestunde weitgehend von mir aus bestimmen kann. Ja Nein

7. Ich nehme an, daß der Therapeut die treibende Kraft bei der Lösung meiner Probleme ist. Ja Nein

8. Ich nehme an, daß der Therapeut mir sagt, wo der Ansatzpunkt für die Lösung meiner Probleme liegt. Ja Nein

9. Ich nehme an, daß der Therapeut das Gespräch mit mir immer von sich aus beginnt. Ja Nein

10. Ich nehme an, daß ich mir im Rahmen der festgesetzten Zeit die Therapiestunde selbst einteilen kann. Ja Nein

Ausschnitt aus dem FEK I (Wunschteil):

1. Ich wünsche mir, daß ich die Dauer der Therapie bestimmen kann. Ja Nein

2. Ich wünsche mir, daß ich mir im Rahmen der festgesetzten Zeit die Therapiestunde selbst einteilen kann. Ja Nein

3. Ich wünsche mir, daß der Therapeut mir sagt, wo der Ansatzpunkt für die Lösung meiner Probleme liegt. Ja Nein

4. Ich wünsche mir, daß der Therapeut die treibende Kraft bei der Lösung meiner Probleme ist. Ja Nein

5. Ich wünsche mir, daß der Therapeut mein Verhalten zwischen den Therapiestunden kontrolliert. Ja Nein

6. Ich wünsche mir, daß ich das Geschehen in der Therapiestunde weitgehend von mir aus bestimmen kann. Ja Nein

7. Ich wünsche mir, daß der Therapeut mir seine praktischen Erfahrungen in der Behandlung von Problemen mitteilt. Ja Nein

8. Ich wünsche mir, daß die Strukturierung der Therapiestunde vom Therapeuten vorgenommen wird. Ja Nein

9. Ich wünsche mir, daß der Therapeut mir sagt, für wie schwerwiegend er meine Problematik hält. Ja Nein

Die Items der einzelnen Fragebogenteile (im folgenden als FEK I A für Annahmeteil und FEK I W für Wunschteil abgekürzt) wurden in nicht identischer Reihenfolge angeordnet, um die Beeinflussung der Teile untereinander möglichst gering zu halten. Zur weiteren Kontrolle wurde bei der Hälfte der Fragebögen die Reihenfolge Annahmeteil - Wunschteil gewählt, bei der anderen Hälfte die entsprechende Form Wunschteil - Annahmeteil.

6.4.1.1.2. Fragebogenüberprüfung

Um sicherzugehen, daß der beschriebene Fragebogen für die Hauptuntersuchung verwendet werden konnte, wurde er verschiedenen Prüfungsverfahren ausgesetzt.

6.4.1.1.2.1. Überprüfung auf sprachliches Verständnis

Dazu wurden 10 verschiedene Personen[1] (Therapeuten verschiedener Schulen, Psychologiestudenten) gebeten, den Fragebogen auf sprachliche Ungereimtheiten zu durchforsten. So konnten einige Items von vornherein präzisiert werden.

6.4.1.1.2.2. Überprüfung der Items auf Konformität bzw. Nicht-Konformität mit dem GT-Konzept (Inhaltsvalidität)

Obwohl das GT-Konzept im Hinblick auf das Verhalten des Therapeuten und Klienten in der Therapie eindeu-

[1] Den Personen, die durch ihre Kritik und Austestung der Fragebogenvorform die endgültige Erstellung des Fragebogens ermöglicht haben, sei herzlich gedankt.

tige Aussagen macht (z.B. der Therapeut soll dem Klienten keine Ratschläge und Handlungsanweisungen geben, er soll keine Fragen stellen; vgl. TAUSCH, 1973, S. 138 f.), ist zu vermuten, daß einzelne GT-Therapeuten weniger deutlich direktive Items des Fragebogens als durchaus GT-konform einschätzen würden.

Deshalb wurde der Fragebogenteil FEK I A 20 GT-Therapeuten mit der Bitte vorgelegt, auf dem Boden ihres GT-Konzepts zu entscheiden, welche der Annahmen sie erfüllen bzw. nicht erfüllen würden.

Es zeigte sich, daß die Items in den meisten Fällen von den GT-Therapeuten als dem GT-Konzept entsprechend bzw. nicht-entsprechend eingeordnet werden konnten. Auch bestand zwischen den Beurteilern hohe Übereinstimmung. Die Items, die bei der Beurteilung weniger eindeutig eingeschätzt werden konnten, wurden nochmals auf Ungenauigkeit und Mißverständnis geprüft, bis sich bei jedem Item eine 100%-ige Übereinstimmung aller Befragten ergab. Damit kann man nach LIENERT von einer inhaltlichen Validität ausgehen, bei der auf weitere Validierung verzichtet werden kann (LIENERT, 1969, S. 260).

6.4.1.1.2.3. Reliabilität

Zur Überprüfung der Reliabilität des Fragebogens, d.h. des Grades der

> "Genauigkeit, mit dem er ein bestimmtes Persönlichkeits- oder Verhaltensmerkmal mißt, gleichgültig, ob er dieses Merkmal auch zu messen beansprucht (welche Frage ein Problem der Validität ist)" (LIENERT, 1969, S. 14),

wurde er Klienten, die sich an der Beratungsstelle des Psychologischen Instituts zur Therapie meldeten,

in der ersten therapiebegleitenden Testsitzung vorgelegt. Diese Klienten gehörten nicht zur eigentlichen Klientenstichprobe in dieser Untersuchung.

Eine Woche später erhielten dieselben Klienten den gleichen Fragebogen noch einmal per Post, mit der Bitte, den entsprechenden Fragebogen nochmals auszufüllen und umgehend zurückzuschicken. Der Zeitraum von einer Woche wurde gewählt, um einerseits die Erinnerung an die erste Beantwortung des Fragebogens verblassen zu lassen, andererseits aber die Zeit bis zum Therapiebeginn im Interesse der Klienten nicht zu lange hinauszuzögern.

Klienten, die den Fragebogen in der Form Annahmeteil-Wunschteil beim ersten Mal erhalten hatten, füllten diesen in der gleichen Reihenfolge auch beim zweiten Mal aus und umgekehrt. Auf diese Weise wurden die Fragebögen zweimal von 24 Klienten beantwortet.

Der Fragebogen wurde dann einer Konsistenzprüfung[1] unterzogen; zudem wurde die Retestreliabilität für beide Teile sowie den Gesamtfragebogen berechnet.

6.4.1.1.2.3.1. Konsistenzprüfung

Die Tabelle 6-4 gibt die Ergebnisse der Konsistenzschätzung des Fragebogens, nach Fragebogenreihenfolge, Fragebogenteil und Zeitpunkt der Vorgabe getrennt, wieder.

[1] Für die Unterstützung bei der Beratung und Erstellung der statistischen Verfahren, die im Rahmen dieser Untersuchung angewandt wurden, danke ich Frau WEHNER, Herrn PLESSEN, Frau KALLABIS und Herrn ELSINGHORST an dieser Stelle besonders herzlich.

Tab. 6-4: Konsistenzschätzung des FEK I

1. getrennt nach Fragebogenreihenfolge, Fragebogenteil und Vorgabezeitpunkt

Fragebogenreihenfolge	Halbierung in der Mitte	Odd-even-Halbierung
Annahme/Wunsch		
Annahme 1. Vorgabe	o.804	o.642
Wunsch 1. Vorgabe	o.831	o.885
Annahme 2. Vorgabe	o.72o	o.748
Wunsch 2. Vorgabe	o.635	o.748
Wunsch/Annahme		
Annahme 1. Vorgabe	o.796	o.837
Wunsch 1. Vorgabe	o.823	o.823
Annahme 2. Vorgabe	o.8o4	o.919
Wunsch 2. Vorgabe	o.851	o.81o

2. getrennt nach Fragebogenreihenfolge und Vorgabezeitpunkt

Fragebogenreihenfolge	Halbierung in der Mitte	Odd-even-Halbierung
Annahme/Wunsch		
1. Vorgabe	o.918	o.876
2. Vorgabe	o.863	o.796
Wunsch/Annahme		
1. Vorgabe	o.848	o.836
2. Vorgabe	o.956	o.939

3. getrennt nach Vorgabezeitpunkt und Fragebogenteil

1. Vorgabe/Annahme	o.765	o.75o
1. Vorgabe/Wunsch	o.83o	o.86o
2. Vorgabe/Annahme	o.751	o.816
2. Vorgabe/Wunsch	o.738	o.788

4. getrennt nach Vorgabezeitpunkt

1. Vorgabe	o.859	o.868
2. Vorgabe	o.922	o.886

Es zeigt sich, daß die Fragebogenteile eine hinreichend hohe innere Konsistenz aufweisen und der Fragebogen

insgesamt damit als relativ homogen angesehen werden kann.

> "Manche Testtheoretiker sehen die Homogenität nicht als eine eigene Testqualität an, sondern stellen sie dem Begriff der inneren Konsistenz an die Seite; in der Tat sind Teste mit vollkommen gleichartigen Aufgaben denn auch stets hinreichend konsistent ... Umgekehrt sind Teste, die bei der Analyse einen hohen Konsistenzkoeffizienten ergeben, meist auch eindrucksmäßig homogen" (LIENERT, 1969, S. 250 f.).

Das trifft für den vorliegenden Fragebogen zu.

Wenn man die Homogenität eines Tests von seiner inneren Konsistenz abheben will, ist die Faktorenanalyse die geeignete Vorgehensweise.

> "Ein Test würde um so homogener sein, je mehr alle Aufgaben mit gemeinsamen und je weniger sie mit spezifischen Faktoren geladen wären" (LIENERT, 1969, S. 251).

Wir werden bei der Faktorenanalyse des FEK I darauf zurückkommen.

6.4.1.1.2.3.2. Retestreliabilität

Da der Fragebogen zweimal vorgegeben werden konnte, wurde die Retestreliabilität zusätzlich berechnet. Die ermittelten Werte sind in Tabelle 6-5 dargestellt.

Tab. 6-5: Retestreliabilität des FEK I

Fragebogenreihenfolge Annahme/Wunsch	Retest-reliabilität r_{tt}	untere[1] Konfidenz-grenzen r_{tt}
Annahme	o.882	o.74
Wunsch	o.913	o.81
Gesamt	o.948	o.88
Fragebogenreihenfolge Wunsch/Annahme		
Annahme	o.954	o.9o
Wunsch	o.9o8	o.8o
Gesamt	o.965	o.92
Fragebogenreihenfolge ohne Aufteilung		
Annahme	o.918	o.82
Wunsch	o.9o8	o.8o
Gesamt	o.951	o.89

Gemessen an der unteren Konfidenzgrenze, das ist die Grenze, an der der Fragebogen unter den ungünstigsten Bedingungen noch reliabel ist, zeigt der Fragebogen eine hinreichende Meßgenauigkeit.

6.4.1.1.2.3.3. Iteminterkorrelation zwischen Annahme- und Wunschteil

Da die Items in beiden Fragebogenteilen bis auf die Einleitung identisch konzipiert waren, wurde mit Hilfe der Produkt-Moment-Korrelation die Höhe des vermuteten Zusammenhangs zwischen den jeweils entsprechenden Items berechnet. Dies geschah für beide Vorgabezeitpunkte.

---

[1] Berechnet nach der FISCHERschen z-Transformation für N = 24 (vgl. LIENERT, 1969, S. 216 ff.).

Für die Vorgabe 1 bewegte sich der Korrelationskoeffizient r_{jk} zwischen den Werten -o.o26 und o.965. Die entsprechenden Items lauteten:

- Ich nehme an / wünsche mir, daß ich mir in der Therapie über meine Gefühle Klarheit verschaffen kann (-o.o26).
- Ich nehme an / wünsche mir, daß der Therapeut die Ursachen, die zu meinen Problemen geführt haben, finden will (o.965).

Für die Vorgabe 2 bewegte sich r_{jk} zwischen -o.o94 und o.968. Hier lauteten die jeweiligen Items:

- Ich nehme an / wünsche mir, daß der Therapeut nur Fragen stellt, wenn er nicht verstanden hat, was ich meine (-o.o94).
- Ich nehme an / wünsche mir, daß der Therapeut die treibende Kraft bei der Lösung meiner Probleme ist (o.968).

Bei der Vorgabe 1 waren die Korrelationen bei 23 Items auf dem 5%igen, 1%igen bzw. o,1%igen Niveau signifikant. Bei der Vorgabe 2 wurden vergleichbare signifikante Werte bei 29 Items erreicht. Unter ihnen befanden sich wieder die 23 Items der 1. Vorgabe. Eine hohe Interkorrelation zwischen den jeweiligen Items des FEK I A und FEK I W war anzustreben, um eine vergleichbare Ausgangsbasis für die Messung der Auswirkungen der verschiedenen GT-Einführungen auf die Annahme- bzw. Wunschkomponente der Erwartung zu erhalten.

6.4.1.1.3. Itemanalyse

Die Itemanalyse wird durchgeführt, um die Reliabilität und Validität eines Testverfahrens durch Elimination ungeeigneter Items zu erhöhen.

Obwohl die Reliabilität des Fragebogens als ausreichend angesehen werden konnte, wurden die Items auf ihre Trennschärfe geprüft, um den Fragebogen kürzen zu können, da 2 x 57 Items eine zu lange Beantwortungszeit beanspruchen.

Der Schwierigkeitsindex, der im allgemeinen zur Itemanalyse ebenfalls herangezogen wird, spielt in unserem Verfahren keine Rolle, da es sich beim FEK I eher um einen Niveautest handelt.

> "Ein reiner Niveautest liegt dann vor, wenn die Aufgaben jeweils von so vielen und solchen Pn richtig beantwortet werden, daß die Trennschärfe ein Maximum ergibt, während über die Schwierigkeit keine Aussage notwendig ist" (LIENERT, 1969, S. 71).

Nach Berechnung der Trennschärfe für beide Fragebogenteile und Vorgabezeitpunkte getrennt, wurden 21 Items zu beiden Vorgabezeitpunkten als hinreichend trennscharf identifiziert. Der punktbiseriale Korrelationskoeffizient bewegte sich bei diesen Items zwischen .21 und .80 (r_{pbis}).

Da der Fragebogen so aber um mehr als die Hälfte seiner ursprünglichen Itemanzahl dezimiert war und eine Verkürzung die Reliabilität verschlechtern kann (vgl. LIENERT, 1969, S. 242), wurden die 21 Items durch weitere 9 Items ergänzt, die wenigstens bei einer der beiden Fragebogenvorgaben noch eine gute Korrelation zwischen den Fragebogenteilen zeigten und im Hinblick auf die psychologische Validität des Tests angemessen erschienen.

Dieser Fragebogen mit 3o Items pro Fragebogenteil stellt den in unserer Untersuchung verwandten Fragebogen in der endgültigen Form dar.

6.4.1.1.4. Endform des FEK I

Die endgültige Form des FEK I (s. Anhang S. 280 ff.) trägt folgende Merkmale:

- Der Fragebogen ist zweigeteilt, in einen Annahmeteil FEK I A und einen Wunschteil FEK I W.

- Jeder Teil umfaßt 3o Items, die, inhaltlich identisch, einmal die Wissens- bzw. Annahme- und einmal die Wunschkomponente der jeweiligen Erwartung erfassen sollen.

- Es gibt zwei Antwortkategorien: Ja - Nein. Diese Kategorien sollen erheben, inwieweit die Klienten in ihren Annahmen und Wünschen bei der Anmeldung und nach der GT-Einführung mit dem Konzept der GT übereinstimmen.

6.4.1.1.5. Zusatzform des FEK I (FEK II)

Aus der Überlegung heraus, daß es für die Fragestellung dieser Untersuchung hilfreich sein kann, die Klienten nach dem Erleben der GT dahingehend zu befragen, wie der Therapeut sich verhalten hat und wie sie selbst dieses Verhalten rückblickend beurteilen, wurde der FEK I in modifizierter Form (FEK II) nach Beendigung der Therapie bzw. nach der 8. Therapiestunde nochmals zur Beantwortung vorgelegt.

Bei sonst identischen Items unterscheidet sich diese zweite Form des FEK von der ersten in zweifacher Hinsicht:

- Es wurden nicht Annahmen und Wünsche erfragt, sondern das vom Klienten wahrgenommene Therapeutenverhalten;

- In einer Zusatzkategorie sollten die Klienten zudem angeben, wieviel es ihnen ausgemacht hat, daß der Therapeut sich nichtals Ratgeber verhalten hat, sondern daß sie sich selbst in aktiver Weise um eine geeignete Problemlösung bemühen mußten.

Damit ist zudem - neben der Supervision der Therapeuten durch ihre Trainer - eine weitere Verhaltenskontrolle gegeben. Es kann somit überprüft werden, ob der Therapeut sich an das GT-Postulat der Ratschlagverweigerung gehalten hat, d.h. ob der Klient seine Nicht-Direktivität wahrgenommen hat. Außerdem wird erwartet, durch die Zusatzkategorie weitere Informationen über das Erleben des Klienten in der Therapie zu erhalten.

Zur Verdeutlichung folgt auf der nächsten Seite ein Ausschnitt aus dem FEK II. Der vollständige Fragebogen befindet sich im Anhang S. 294 ff.)

E E K II

Code:..... Datum:.....

Nachdem Sie nun einige Stunden Gesprächspsychotherapie gehabt bzw. die Therapie beendet haben, möchten wir Sie bitten, uns Ihre Eindrücke vom Therapiegeschehen durch diesen Fragebogen mitzuteilen. Der Fragebogen ähnelt den beiden Fragebögen, die Sie vor der Therapie schon einmal ausfüllten, da die Fragen nur in einem Detail verändert wurden: Es werden nicht Annahmen und Wünsche erfragt, sondern tatsächliches Verhalten. Außerdem enthält dieser Fragebogen eine Zusatzkategorie, in der Sie angeben sollen, welche Bedeutung das jeweilige Therapeuten- oder Klientenverhalten für Sie hatte. Ein Beispiel soll Ihnen verdeutlichen, wie wir uns die Bearbeitung vorstellen.

Beispiel:

			a) Die Tatsache, daß der Therapeut sich so verhalten hat, hat mir b) Die Tatsache, daß ich mich so verhalten konnte, hat mir			
			sehr viel	weniger	kaum etwas	gar nichts ausgemacht
Der Therapeut hat mich ins Kino eingeladen.	X	Nein	--	--	--	X

Wenn der Therapeut dies während der Therapie getan hat, so kreuzen Sie 'Ja' an, wie im Beispiel. Hat es Ihnen 'gar nichts ausgemacht', daß der Therapeut sich so verhalten hat, so kreuzen Sie unter der Rubrik 'gar nichts' die entsprechende Stelle ebenfalls an (siehe Beispiel).
Im Fragebogen gibt es Aussagen, in denen es nicht um das Verhalten des Therapeuten geht, sondern um Ihr Verhalten. Aus diesem Grund gibt es eine Einteilung in a) Die Tatsache, daß der Therapeut sich so verhalten hat... und b) Die Tatsache, daß ich mich so verhalten konnte....
Diese Zweiteilung ändert nichts an dem grundsätzlichen Prinzip der Bearbeitung, sie dient nur der Klärung und Einfühlung in die Situation.

Bitte verfahren Sie so mit allen Fragen auf den folgenden Seiten.

			a) Die Tatsache, daß der Therapeut sich so verhalten hat, hat mir b) Die Tatsache, daß ich mich so verhalten konnte, hat mir sehr viel	weniger	kaum etwas	gar nichts ausgemacht
1. Der Therapeut hat den Verlauf der Therapie nach seinen Vorstellungen bestimmt.	Ja	Nein	--	--	--	--
2. Der Therapeut hat möglichst viele Entscheidungen für mich getroffen.	Ja	Nein	--	--	--	--
3. Ich war es letzlich selbst, der sich gesagt hat, was ich tun soll.	Ja	Nein	--	--	--	--
4. Der Therapeut hat zu Beginn jeder Therapiestunde eine Zusammenfassung der letzten Therapiestunde gegeben.	Ja	Nein	--	--	--	--
5. Der Therapeut hat am Ende jeder Therapiestunde einen Hinweis gegeben, was ich bis zur nächsten Stunde tun soll.	Ja	Nein	--	--	--	--

6.4.1.1.6. Faktorenanalyse des FEK I (Endform)

Obwohl der Fragebogen erst nach Verwendung innerhalb der Hauptuntersuchung einer Faktorenanalyse unterzogen wurde, sollen die Ergebnisse bereits im methodischen Teil dargestellt werden, um den Zusammenhang mit der Konstruktion des FEK I zu wahren.

Die Faktorenanalyse geschah aus mehreren Gründen post-hoc. So entsprach das Verhältnis zwischen Versuchspersonen und Itemanzahl in der Fragebogenvoruntersuchung überhaupt nicht den Anforderungen einer Faktorenanalyse, nach denen die Personenanzahl mindestens das Dreifache der Variablen(Item-)anzahl betragen soll (vgl. PAWLIK, 1971, S. 278). Dem Anspruch von $n \geq 3\,m$, der die günstigste Ausgangsbasis zur Kontrolle von Stichprobenfehlern bildet, konnte aber auch in der Hauptuntersuchung (mit einem Verhältnis von 52 : 3o) nicht entsprochen werden. Dies ist bei der Interpretation zu berücksichtigen.

Zum zweiten ermöglicht die Faktorenanalyse nach der Itemauswahl eine erneute Überprüfung des Fragebogens auf Homogenität innerhalb und zwischen den Fragebogenteilen.

Ein zusätzlicher Vorteil liegt in einer eventuellen Neustrukturierung des Gesamtfragebogens für weitere Untersuchungen.

Alle Faktorenanalysen wurden nach dem Programm des 'Statistical Package for the Social Sciences' SPSSH-Version 6 berechnet (NIE et al., 1975). Dem Programm liegt eine modifizierte (vereinfachte) Form der Hauptkomponentenmethode zugrunde.

6.4.1.1.6.1. Faktorenanalyse des FEK I A (Annahmeteil)

Die günstigste rotierte Faktorenanalyse ergab sich bei 6 Faktoren. So konnten immerhin 45 % der Gesamtvarianz erklärt werden, wobei keiner der Faktoren einen Eigenwert < 1 aufweist.[1]

Tab. 6-7: FEK I A: Eigenwerte der Faktoren aus der rotierten Faktorenlösung; ihr Anteil (in Prozent) an der erklärten und der Gesamtvarianz.

Faktor	Eigenwert	Anteil an der erklärten Varianz (in %)	Anteil an der Gesamtvarianz (in %)
1	5.57857	41.7	18.7
2	1.97642	14.8	6.6
3	1.88183	14.1	6.6
4	1.53978	11.5	5.1
5	1.28242	9.6	4.3
6	1.11819	8.5	3.7
Summe		100.0	45.0

Es werden nun die einzelnen Faktoren mit ihren Ladungen (es wurden nur Ladungen > 0.50 berücksichtigt) und den Markiervariablen, das sind Variablen, die besonders hoch im jeweiligen Faktor laden (vgl. PAWLIK, 1971, S. 166), dargestellt. Die Zahlen vor den einzelnen Items beziehen sich dabei auf die Nummern der Items im jeweiligen Fragebogenteil (s. Anhang S. 280 ff.).

Bei der Interpretation ist zu beachten, daß die Ja-Nein-Antworten im FEK I für die Faktorenanalyse so

[1] Zu Kriterien für die Faktorenextraktion vgl. ÜBERLA (1971), S. 123 f.

umstrukturiert wurden, daß bei der Ablochung der Daten jede Antwort im Sinne des GT-Konzepts die Zahl 1, jede Antwort, die nicht im Sinne des GT-Konzepts erfolgte, die Kennziffer 2 erhielt (vgl. dazu den Auswerteschlüssel zum FEK I im Anhang S. 265).

FEK I A
Faktor: 1
Anteil an der Gesamtvarianz: 18,7 %
Faktorname[1]: Therapeut als Fachmann
Ich nehme an, daß .....

(29)	- meine Probleme in einer geregelten Reihenfolge besprochen werden	o.66722
(23)	- der Therapeut mir seine praktischen Erfahrungen in der Behandlung von Problemen mitteilt	o.65865
(27)	- der Therapeut mir seine persönliche Ansicht zu meinem Problem mitteilt	o.58149
(14)	- der Therapeut Entscheidungssituationen klärt	o.56179
(28)	- der Therapeut mir meine Probleme nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten erklärt	o.53651
(22)	- der Therapeut mir einen konkreten Plan gibt, nach dem ich mich richten kann	o.52237
(17)	- der Therapeut mir sagt, für wie schwerwiegend er meine Problematik hält	o.52237

FEK I A
Faktor: 2
Anteil der Gesamtvarianz: 6,6 %
Faktorname: Therapeut als Organisator der Gesamttherapie

[1] Die Bezeichnungen sind deskriptiv und beanspruchen keinen allgemein-psychologischen Erklärungswert.

Ich nehme an, daß .....

(1)	- der Therapeut den Verlauf der Therapie nach seinen Vorstellungen bestimmt	o.85246
(18)	- die Strukturierung der Therapiestunde vom Therapeuten vorgenommen wird	o.7o512
(20)	- der Therapeut den Zeitpunkt bestimmt, an dem die Therapie beendet ist	o.54o94

FEK I A

Faktor: 3

Anteil an der Gesamtvarianz: 6,6 %

Faktorname: Therapeut als Ratgeber

Ich nehme an, daß .....

(5)	- der Therapeut am Ende jeder Therapiestunde einen Hinweis gibt, was ich bis zur nächsten Stunde tun soll	o.67125
(15)	- der Therapeut mir Vorschläge unterbreitet, was ich in meiner Situation tun soll	o.67125
(7)	- der Therapeut die treibende Kraft bei der Lösung meiner Probleme ist	o.56929

FEK I A

Faktor: 4

Anteil an der Gesamtvarianz: 5,1 %

Faktorname: Therapeutenrat vs. Eigeninitiative

Ich nehme an,(daß).....

(19)	- der Therapeut mir schwierige Entscheidungen abnimmt	o.67624
(25)	- spontan von den Dingen reden zu können, die mir gerade wichtig sind, wenn ich will	-o.61o34
(3)	- ich es letztlich selbst bin, der sich sagt, was ich tun soll	-o.51o36

FEK I A
Faktor: 5
Anteil an der Gesamtvarianz: 4,3 %[1]
Faktorname: Therapeut als Unterstützer[2]
Ich nehme an, daß .....

(12)	- der Therapeut Fragen stellt	o.68504
(24)	- der Therapeut mir immer wieder Mut und Hoffnung zuspricht	o.52030

FEK I A
Faktor: 6
Anteil an der Gesamtvarianz: 3,7 %
Faktorname: Klient als Organisator der jeweiligen Therapiestunde
Ich nehme an, daß .....

(11)	- ich das Thema der jeweiligen Stunde selbst bestimmen kann	o.70733
(6)	- ich das Geschehen in der Therapiestunde weitgehend von mir aus bestimmen kann	o.65361

Die Interpretation soll im Zusammenhang mit den Faktoren des FEK I W erfolgen.

6.4.1.1.6.2. Faktorenanalyse des FEK I W (Wunschteil)

Auch hier ergab sich die günstigste rotierte Faktorenlösung mit 6 Faktoren, die 46,9 % der Gesamtvarianz

---

[1] Faktoren mit einem Anteil von < 5 % an der Gesamtvarianz sollten eigentlich nicht mehr interpretiert werden. Daß wir diese Faktoren hier dennoch anführen, geschieht aus Gründen der Information für die mögliche Weiterverwendung bzw. Weiterbearbeitung des Fragebogens.

[2] Vgl. dazu die von APFELBAUM (1958) durch Clusteranalyse gewonnenen Therapeutentypen, S. 56.

erklären. Zwar zeigte in der 5-Faktorenlösung keiner der Faktoren einen Eigenwert <1, doch erklärt sie deutlich weniger der Gesamtvarianz (43 %). Inhaltlich wären die Faktoren ähnlich zu interpretieren gewesen.

Tab. 6-8: FEK I W: Eigenwerte der Faktoren aus der rotierten Faktorenlösung; ihr Anteil (in Prozent) an der erklärten und der Gesamtvarianz.

Faktor	Eigenwert	Anteil an der erklärten Varianz (in %)	Anteil an der Gesamtvarianz (in %)
1	6.08766	43.0	20.3
2	2.74164	19.4	9.1
3	1.83510	13.0	6.1
4	1.36973	9.7	4.5
5	1.15259	8.2	3.8
6	0.94987	6.7	3.1
Summe		100.0	46.9

Im folgenden die einzelnen Faktoren mit ihren Markiervariablen.

FEK I W

Faktor: 1

Anteil an der Gesamtvarianz: 20,3 %

Faktorname: Eigeninitiative vs. Therapeutenbestimmung bei der Therapieorganisation.

Ich wünsche mir, daß .....

(6) - ich das Geschehen in der Therapie weitgehend von mir aus bestimmen kann — 0.78831

(15) - ich das Thema der jeweiligen Therapiestunde selbst bestimmen kann — 0.74858

(19) - der Verlauf der Therapie aktiv von mir bestimmt wird — 0.66654

(21) -	der Therapeut das Gespräch mit mir immer von sich aus beginnt	-o.59446
(8) -	die Strukturierung der Therapiestunde vom Therapeuten vorgenommen wird	-o.52593

FEK I W
Faktor: 2
Anteil an der Gesamtvarianz: 9,1 %
Faktorname: Therapeut als Fachmann
Ich wünsche mir, daß .....

(7) -	der Therapeut mir seine praktischen Erfahrungen in der Behandlung von Problemen mitteilt	o.74004
(18) -	der Therapeut mir meine Probleme nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten erklärt	o.69780
(14) -	der Therapeut Entscheidungssituationen klärt	o.62632
(9) -	der Therapeut mir sagt, für wie schwerwiegend er meine Problematik hält	o.56028

FEK I W
Faktor: 3
Anteil an der Gesamtvarianz: 6,1 %
Faktorname: Therapeut als Ratgeber
Ich wünsche mir, daß .....

(24) -	der Therapeut mir Ratschläge und Handlungsanweisungen gibt, die mir zeigen, wie ich mit meinen Problemen besser fertig werden kann	o.82017
(16) -	der Therapeut mir Vorschläge unterbreitet, was ich in meiner Situation tun soll	o.80666
(12) -	der Therapeut mir seine persönliche Ansicht zu meinen Problemen mitteilt	o.61382

(3) - der Therapeut mir sagt, wo der Ansatzpunkt für die Lösung meiner Probleme liegt — o.55313

FEK I W
Faktor: 4
Anteil an der Gesamtvarianz: 4,5 %[1]
Faktorname: Therapeut als Problemlöser
Ich wünsche mir, daß .....
(27) - der Therapeut mir schwierige Entscheidungen abnimmt — o.7o312
(11) - der Therapeut möglichst viele Entscheidungen für mich trifft — o.6522o

FEK I W
Faktor: 5
Anteil an der Gesamtvarianz: 3,8 %[1]
Faktorname: Therapeut als Unterstützer
Ich wünsche mir, daß .....
(2o) - der Therapeut zu Beginn jeder Therapiestunde eine Zusammenfassung der letzten Therapiestunde gibt — o.68oo1

FEK I W
Faktor: 6
Anteil an der Gesamtvarianz: 3,1 %[1]
Faktorname: Therapeut als Kontrollinstanz
Ich wünsche mir, daß .....
(5) - der Therapeut mein Verhalten zwischen den Therapiestunden kontrolliert — o.6o665

---

[1] Siehe Anmerkung S. 142.

6.4.1.1.6.3. Interpretation der Faktorenanalyse

Im FEK I A nimmt der Faktor 1 (die Annahme, daß der Therapeut als Fachmann die Probleme des Klienten regelt) den größten Teil der Gesamtvarianz ein. Die nächsten Faktoren, Therapeut als Organisator der Gesamttherapie (Faktor 2), Therapeut als Ratgeber (Faktor 3) und Therapeutenrat vs. Eigeninitiative (Faktor 4) erklären ungefähr einen gleich großen Varianzanteil, während Faktor 5 (Therapeut als Unterstützer) und Faktor 6 (Klient als Organisator der jeweiligen Therapiestunde) einen zu geringen Anteil benennen, als daß sie weiter berücksichtigt werden sollten.

Alle vier Faktoren ähneln sich insofern untereinander, als verschiedene Aspekte der therapeutischen Überlegenheit und Initiative gegenüber dem Klienten angesprochen sind. Damit scheint die Absicht, einen Fragebogen zu konstruieren, der direktive Handlungsweisen des Therapeuten abfragen will, annähernd gelungen.

Die Faktoren des FEK I W ähneln erwartungsgemäß denen des FEK I A. Den größten Teil an der Gesamtvarianz erklärt der Faktor 1 (Eigeninitiative vs. Therapeutenbestimmung bei der Therapieorganisation). Die Faktoren 2 (Therapeut als Fachmann) und 3 (Therapeut als Ratgeber) folgen in einigem Abstand. Sehr schwach besetzt, mit geringer Varianzaufklärung und deshalb hier nicht weiter berücksichtigt, zeigen sich die Faktoren 4 (Therapeut als Problemlöser), 5 (Therapeut als Unterstützer) und 6 (Therapeut als Kontrollinstanz). Insgesamt gesehen, scheint der Wunschteil des FEK I stärker durch den Gegensatz zwischen Wunsch nach Eigeninitiative des Klienten und Wunsch nach Strukturierung durch den Therapeuten gekennzeichnet zu sein. Da die Fak-

toren sonst in der Interpretation ähnlich sind, scheint die beabsichtigte Vergleichbarkeit zwischen den Fragebogenteilen gegeben.

6.4.1.1.7. Zusammenfassende Beurteilung des FEK I

Nach den bisherigen Überprüfungen kann angenommen werden, daß der FEK I in der vorliegenden Form zur Überprüfung der Hypothesen 1 und 2 eingesetzt werden kann.

- Zum einen soll der Fragebogen die Annahmen und Wünsche der Klienten an den Therapeuten zu Beginn der Therapie erfassen,
- zum anderen wird das gleiche Instrument verwandt, um die Veränderung der Annahmen und Wünsche nach den verschiedenen GT-Einführungen zu messen.

Sollte der Fragebogen über diese Untersuchung hinaus verwandt werden, so wäre eine Überprüfung an einer anderen Klientenstichprobe (Cross-Validierung, vgl. LIENERT, 1969, S. 74 und 279) - bei unserem Klientel handelte es sich vorwiegend um Studenten - sowie eine Faktorenanalyse mit einer größeren Vpn-Anzahl zu empfehlen.

6.4.1.2. FPI - Freiburger-Persönlichkeits-Inventar

Das FPI wurde 1970 von J. FAHRENBERG und H. SELG entwickelt. Die Items wurden aus verschiedenen bereits vorhandenen Fragebögen im amerikanischen und deutschen Sprachraum gewonnen; die 12 Skalen ergaben sich auf faktorenanalytischem Wege. Es sind dies:

Skala 1: Nervosität
2: Aggressivität
3: Depressivität
4: Erregbarkeit
5: Geselligkeit
6: Gelassenheit
7: Dominanzstreben
8: Gehemmtheit
9: Offenheit
1o: Extraversion
11: Emotionale Labilität
12: Maskulinität

Kritisch anzumerken ist, daß dem FPI keine einheitliche Persönlichkeitstheorie zugrunde liegt, sondern je nach Itemauswahl die Theorie des Ausgangsfragebogens oder die implizite Persönlichkeitstheorie der Autoren eingehen.

Die Faktorenanalyse selbst kann keine Theorie ersetzen, da sie nur Ordnungsfunktion innerhalb einer bereits existierenden Theorie ausübt. Sie ist geeignet, Zusammenhänge deutlich zu machen, die sozusagen mit dem bloßen Auge nicht erkennbar sind.

Für die Therapiekontrolle scheint der Test brauchbar, zumal kaum andere Verfahren existieren, die Paralleltests anbieten. So gibt es neben einer Gesamtform zwei Halbformen A und B, die statistisch sauber geteilt wurden. Diese Halbformen werden in dieser Untersuchung verwandt.

Aber auch hier ist Vorsicht geboten;

> "wegen der ungenauen konstrukthaften Skalenbezeichnung muß die Erfolgsmessung einer Therapie ausschließlich durch den Vergleich der Punktwerte auf dem Auswertungsbogen vorgenommen werden. Wer versucht, interpretierende Werte zu vergleichen, begibt sich hier auf gefährliches Glatteis ..." (BUCHKREMER et al., 1973/74, S. 23 f.).

In der vorliegenden Untersuchung dient das FPI[1] der näheren Bestimmung der Klientenpopulation und Therapiekontrolle.

6.4.1.3. LPS - Leistungs-Prüf-System

Das Leistungs-Prüf-System von HORN (1962) dient der Erfassung der wichtigsten Primäreigenschaften (im Sinne von THURSTONE) und Intelligenz-Dimensionen. Das LPS existiert ebenfalls in zwei Parallelformen (A + B) und kann zur Grobeinschätzung der Intelligenz auch verkürzt dargeboten werden.

In unserer Untersuchung wurden die Skalen 1-6 verwandt, wobei die
Skalen 1 + 2 Allgemeinbildung,
3 + 4 Denkfähigkeit,
5 + 6 Worteinfall messen.

Der LPS (s. Anhang S. 290) wird ebenfalls zur näheren Bestimmung der Klientenstichprobe herangezogen. Zur Therapiekontrolle kann er nicht verwandt werden, da er - wie dargestellt - nur von wenigen Klienten ein zweites Mal ausgefüllt werden konnte.

6.4.1.4. E.N.NR. - Fragebogen zur Erfassung der Extraversion, Neurotischen Tendenz und Rigidität

Der Fragebogen von J. C. und L. BRENGELMANN (1960) (s. Anhang, S. 291) interessierte in dieser Untersuchung wegen seines Anspruchs, Aussagen über die psychische Komponente der Rigidität zu machen, die im Zusammenhang mit der Erwartungsänderung eine Rolle spielen könnte.

[1] Der FPI ist ein recht bekanntes Persönlichkeitsverfahren, das über den Handel bezogen werden kann.

Die Skalen Extraversion und Neurotische Tendenz sind weitgehend mit denen von EYSENCK identisch, so daß sich hier mit den entsprechenden Unterskalen des FPI, 'Extraversion' und 'Emotionale Labilität', eine hohe Übereinstimmung ergeben müßte.

Schwierig ist die inhaltliche Festlegung der Skala Rigidität. Der BRENGELMANN-Fragebogen beabsichtigt, unter Rigidität "Momente der Intensität und Extremität" (BRENGELMANN & BRENGELMANN, 1960, S. 291 f.) zu erfassen.

In der vorliegenden Untersuchung wurde die revidierte E.N. NR.-Form von MEYER & GOLLE (1966, S. 105 ff.) verwandt.

Der E.N.NR. soll ebenso zur Klientencharakterisierung und zur Therapiekontrolle eingesetzt werden.

6.4.1.5. TNB - Therapie-Nachbefragungsbogen

Der TNB lehnt sich eng an ein von TAUSCH u. Mitarbeitern 1967 aus dem amerikanischen STRUPP-Fragebogen entwickeltes Instrument an (TAUSCH, 1968, S. 193)[1].

Er wurde in der vorliegenden Form (s. Anhang, S. 301 ff.) um einige Fragen erweitert, um auch die Zufriedenheit des Klienten mit der Therapie zu erheben und so in Beziehung zum Ausgangswert der Erwartungen Zusammenhänge zur Beantwortung der Hypothese 3 zu erhalten.

---

[1] Inzwischen liegt eine von TAUSCH & Mitarbeitern veränderte Form des STRUPP-Fragebogens vor (TAUSCH, 1973, S. 193).

6.4.1.6. Therapiebegleitende Meßinstrumente

Die bisher dargestellten Verfahren beziehen sich nur indirekt auf das Geschehen in und während der Therapie. Um über den Therapieverlauf selbst Informationen zu erhalten, wurden folgende Kontrollmaßnahmen eingesetzt:

- Fragebögen, die das Erleben der Therapie durch den Klienten und den Therapeuten beschreiben,
- Tonbandaufnahmen von jeder einzelnen Therapiestunde,
- therapiebegleitende Supervision und Einschätzung des Therapeutenverhaltens durch Trainer.

Bei den Fragebögen (s. Anhang S. 304 ff.), die vom Therapeuten und Klienten nach jeder Therapiestunde ausgefüllt werden sollten, handelt es sich um zwei von ECKERT & SCHWARTZ (1972) entwickelte Begleitverfahren sowie einen in unserer GT-Ausbildung verwandten Therapeutenbeurteilungsbogen[1].

Leider geschah ihre Vorgabe und Beantwortung in so unregelmäßiger Reihenfolge, daß eine Verrechnung der Daten unmöglich ist. Ihr Wert lag deshalb mehr im zusätzlichen Informationsgehalt für die Beurteilung der Gespräche während der Supervisionssitzungen. Diese fanden mit den Trainern pro Woche einmal in Gruppensitzungen statt. Die wichtigste Grundlage bildeten dabei die Tonbandaufnahmen von den einzelnen Therapiestunden.

Zur Stützung der Hypothese 3 werden

- die Therapeuteneinschätzungen durch die jeweiligen Trainer sowie

---

[1] Der Therapeutenbeurteilungsbogen entspricht in etwa dem BARRETT-LENNARD-Fragebogen, der ein Verhaltensinventar zur Einschätzung der Psychotherapeutenvariablen durch den Klienten darstellt (vgl. TAUSCH, 1973, S. 84 f.).

- die Tonbandprotokolle der ersten Therapiestunde verwandt. Diese wurden von unabhängigen Beobachtern[1] unter dem Gesichtspunkt analysiert, ob der Klient in diesem Abschnitt seine Erwartungen an den Therapeuten thematisiert. In einigen Untersuchungen hatte sich gezeigt, daß Klienten ihre enttäuschten Erwartungen besonders in den ersten Stunden häufig ansprechen.

6.4.2. Zusammenfassende Betrachtung der Meßinstrumente

Die verwandten Verfahren wurden konstruiert bzw. ausgewählt, um die Überprüfung der Hypothesen zu ermöglichen.

- Der FEK I wird dabei hauptsächlich zur Prüfung der Hypothesen 1 und 2 eingesetzt, während
- die anderen Verfahren die Auswirkungen der Erwartungsänderung auf den Therapieverlauf verdeutlichen sollen (Hypothese 3).

---

[1] Ich danke Rita CARON, Margarete von HOLLEN, Gertrudis KAPPE, Irmtraut LAUCKE, Erika SCHLESIGER und Christel WOKER herzlich für ihre mühevolle und hilfreiche Unterstützung.

7. Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

7.1. Überprüfung der Daten auf Normalität

Da zur Auswertung der Daten auch parametrische Prüfverfahren herangezogen werden sollen, diese jedoch von der Normalverteilung der Werte ausgehen, wurde das Datenmaterial zunächst einer entsprechenden Prüfung unterzogen.

Die Ergebnisse zeigen die Tabellen A-1.o bis A-1.4 im Anhang S. 247 ff., für die Gesamtstichprobe und die Experimentalgruppen getrennt. Bedeutung für eine Abweichung von der Normalverteilung haben die Parameter Exzeß und Schiefe der Verteilung. Nach LIENERT (1969, S. 172 f.) sollte die Hypothese einer normalen Meßwertverteilung erst auf dem 1%igen Niveau zurückgewiesen werden.

Danach ist besonders für die Gesamtstichprobe auf einzelnen Skalen des FPI und E.N.NR. die Vormalverteilung der Daten nicht gegeben. Der LPS und der TNB zeigen eine unregelmäßige Verteilung, während der FEK I und FEK II weitgehend normalverteilte Werte aufweisen.

In den einzelnen Gruppen sind die Werte im Ganzen günstiger verteilt. Hier fallen nur der LPS und der TNB heraus.

Da die Abweichungen sich meist nur auf einzelne Skalen und weniger auf gesamte Meßinstrumente beziehen, scheint es uns durchaus möglich, auch parametrische Prüfverfahren zu verwenden. Allerdings ist ein Rückgriff auf verteilungs-unabhängige Verfahren in be-

stimmten Fällen empfehlenswert. Wir werden bei der Darstellung der Ergebnisse jeweils darauf eingehen.

7.2. Statistische Verfahren

Neben den bereits bei der Fragebogenanalyse des FEK I erwähnten Verfahren wurden zur Überprüfung der statistischen Zusammenhänge folgende Methoden eingesetzt:

- Prüfung der Normalverteilung der Meßwerte (NRMP-Programm, Deutsches Rechenzentrum, Programm-Information 32/33, Autor Dr. F. GEBHARDT),
- 2-fache Varianzanalyse mit Meßwiederholung auf einem Faktor (vgl. WINER, 1962, S. 303 f.),
- Produkt-Moment-Korrelation für Missing Data (MIS 2, Deutsches Rechenzentrum, Programm-Information 32/33, Autoren Dr. F. GEBHARDT & D. JOHN); Rangkorrelation von SPEARMAN, vgl. WEBER (1967);
- weitere parametrische Verfahren: t-Test für unabhängige und korrelierende Stichproben (vgl. CLAUSS & EBNER, 1972);
- als parameter-freie Verfahren: U-Test von MANN & WHITNEY für unabhängige, WILCOXON-Test für korrelierende Stichproben (vgl. CLAUSS & EBNER, 1972);
- Chi-Quadrat, Kontingenzkoeffizient C zur Prüfung qualitativer Variablen (vgl. CLAUSS & EBNER, 1972).

Die Rechnungen erfolgten auf der IBM 360 im Rechenzentrum der Universität Münster, auf der IBM 1130 im Psychologischen Institut der Universität Münster und z.T. von Hand.

7.3. Nähere Kennzeichnung der Klienten-Stichprobe

Nachdem die Daten aller Klienten, die während der Untersuchung erhoben werden konnten, nunmehr vorliegen, ist die Möglichkeit gegeben, die Stichprobe über die bereits bei der Gruppenbildung berücksichtigten Variablen Geschlecht, Beruf und Alter hinaus zu charakterisieren. Ziel ist eine nähere Beschreibung der Ausgangsbedingungen in dieser Stichprobe und die Beantwortung der Hypothese 1.

7.3.1. Persönlicher und sozioökonomischer Hintergrund des Klientels

Die Antworten der Klienten im Datenerhebungsbogen[1] bestätigen, daß das Klientel, wie angenommen, mittelständisch-studentischen Charakter trägt:

- So kommen 15 Klienten aus Akademikerfamilien und nur 3 aus Arbeiterfamilien. Der Prozentsatz von 5,8 entspricht in etwa dem Anteil der Arbeiterkinder an der gesamten Studentenpopulation.[2]
- In 1/5 der Familien war oder ist die Mutter berufstätig, während 7o % der Klienten den Beruf der Mutter mit Hausfrau angeben (die restlichen 1o % machten keine Angaben).
- Nur 13 % der Klienten haben 4 und mehr Geschwister.
- Das Nettoeinkommen entspricht mit durchschnittlich 3oo - 5oo DM studentischen Verhältnissen in der BRD.
- Die Tatsache, daß nur 25 % der Klienten verheiratet sind, scheint für das vorwiegend studentische Klientel spezifisch. In einer repräsentativen Umfrage

---

[1] Ein Exemplar des Fragebogens befindet sich im Anhang S. 272. Für diese Untersuchung wurden nur die unmittelbar wichtigsten Angaben ausgewertet.

[2] Die genauen Rohwerte und Prozentangaben zu diesen und den nachfolgenden Punkten sind der Tab. A-2 im Anhang S. 262 zu entnehmen.

von MOCKEWITZ & SCHOTT (1975) unter Münsteraner Studenten ergab sich ein Anteil der Verheirateten von 2o,9 %.

Zur weiteren Charakterisierung des Klientels seien noch Angaben über den Grund der Anmeldung, die Quelle des Anstoßes zum Aufsuchen einer Beratungsstelle und bereits erfahrene psychotherapeutische Hilfestellung aufgeführt. Die Tabellen 7-o bis 7-2 geben die Zahl der jeweiligen Nennungen wieder. Es bestand die Möglichkeit von Mehrfachnennungen.

Tab. 7-o: Gründe, die die Klienten veranlaßten, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben (N = 52)

Grund	Zahl der Nennungen bei der Möglichkeit von Mehrfachnennungen
Eßstörungen	1
Kontaktstörungen allgemein	14
Kontaktstörungen m. Partner	6
Arbeitsstörungen	9
Frigidität	3
mangelndes Selbstvertrauen	1o
Abhängigkeit von anderen Personen	3
Psychosomatische Störungen des Magen-Darm-Trakts	2
Erröten	1
Nervosität	1
unbestimmte Ängste	7
Depressive Stimmungen	15

Die relative Häufigkeit, mit der von den Klienten Kontaktstörungen, Arbeitsstörungen, mangelndes Selbstvertrauen und depressive Stimmungen genannt werden, ist nach SPERLING & JAHNKE (1974) für studentisches Klientel typisch.[1] Sie nennen als häufigste Problematik bei

[1] Vgl. auch OETZEL (1974).

Studenten verminderte Studienfähigkeit, Kontaktstörungen sowie depressive Verstimmungen.

Als Anstoß zum Aufsuchen einer therapeutischen Behandlung gaben an:

Tab. 7-1: Quelle des Anstoßes zum Aufsuchen einer Beratungsstelle (N = 52)

Quelle	Zahl der Nennungen bei der Möglichkeit von Mehrfachnennungen
Ehepartner	3
Freunde	25
Zeitung	5
Telefonseelsorge	3
andere Beratungsstellen	3
Rundfunk	2
Fernsehen	1
Literatur	5
Arzt	2
Eigeninitiative	9

Die Tatsache, daß Freunde oft den Anstoß zum Aufsuchen therapeutischer Einrichtungen geben, scheint für Studenten kennzeichnend. In der erwähnten Arbeit von MOCKEWITZ & SCHOTT (1975) gaben die befragten Studenten an, daß sie ihre Probleme am häufigsten mit Freunden und (Ehe-)partnern besprechen. Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, daß die Vorschläge aus anderen Quellen (Zeitung, Fernsehen, Radio) von vornherein geringer sein müssen, da hier das Aufklärungsangebot über therapeutische Hilfsmöglichkeiten vergleichsweise gering ist.

15 der 52 Klienten gaben an, schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung gewesen zu sein. Tabelle 7-2 gibt das Ergebnis wieder.

Tab. 7-2: Frühere therapeutische Behandlungen (N = 15)

Behandlungsart	Zahl der Nennungen bei der Möglichkeit von Mehrfachnennungen
Autogenes Training	2
Beratendes Gespräch	7
Gruppentherapie	1
Psychiatrische Behandlung	2
Psychoanalyse	2
Verhaltenstherapie	3

Danach haben die meisten Klienten ein beratendes Gespräch erhalten. Es kann vermutet werden, daß diese Erfahrungen auch die Erwartung an die kommende Gesprächspsychotherapie beeinflussen. Wir werden darauf zum gegebenen Zeitpunkt zurückkommen.

7.3.2. Die Erwartung der Klienten an den Therapeuten

Der Fragebogen FEK I wurde so ausgewertet, daß jeder Klient für jede im Sinne des GT-Konzepts konforme Antwort einen Punkt, für jede nicht-konforme dagegen keinen Punkt erhielt (Auswerteschlüssel zum FEK I s. Anhang S. 265). Bei 30 Items pro Fragebogenteil waren somit 30 Punkte die höchstmögliche Rohwertsumme, die ein Klient in einer Fragebogenhälfte erreichen konnte. Tabelle 7-3 gibt die Mittelwerte, Standardabweichungen und Unterschiede zwischen den Fragebogenteilen FEK I (A_1) und FEK I (W_1) für die Gesamtstichprobe wieder.

Tab. 7-3: Mittelwerte und Streuungen der Rohwertsummen im FEK I (A_1) und (W_1) für die Gesamtstichprobe (N = 52); der Unterschied in der Beantwortung der beiden Fragebogenteile, geprüft mittels t-Test für korrelierende Stichproben

Fragebogenteil	M	σ	t
FEK I (A_1)	15.15	5.41	1.85
FEK I (W_1)	14.39	5.62	

Der mit dem möglichen Wert von 3o vergleichsweise niedrige mittlere Rohsummenwert von 15.15 bzw. 14.39 zeigt, daß die Klienten im FEK I häufiger Annahmen und Wünsche geäußert haben, die mit dem Konzept der GT nicht übereinstimmen.

Nach dem t-Test für korrelierende Stichproben erweist sich die Differenz zwischen den beiden Mittelwerten aus FEK I (A_1) und (W_1) als nicht signifikant. Der berechnete t-Wert von 1.85 ist kleiner als der Tafelwert von $t_{o.5;\ 51} = 2oo$.

Wie Tabelle 7-4 und 7-5 zeigen, ergeben sich zudem zwischen den Geschlechtern sowie den Gruppen mit und ohne therapeutische Erfahrungen ebenfalls keine nennenswerten Unterschiede in der Erwartungshaltung.

Tab. 7-4: Mittelwerte und Streuungen der Rohwertsummen im FEK I (A_1) und (W_1) für die Gruppe der männlichen (N = 22) und die Gruppe der weiblichen Klienten (N = 3o); die Unterschiede in der Beantwortung der beiden Fragebogenteile innerhalb und zwischen den Gruppen, geprüft mittels t-Test für korrelierende und unabhängige Stichproben.

Mittelwerte und Streuungen:

	männl. Kl.		weibl. Kl.	
Fragebogenteil	M	σ	M	σ
FEK I (A_1)	15.45	5.09	14.93	5.71
FEK I (W_1)	14.81	5.86	14.06	5.51

Unterschiede innerhalb einer Gruppe:

	männl. Kl.	weibl. Kl.
Fragebogenteil	t	t
FEK I (A_1) / FEK I (W_1)	1.oo	1.55

Unterschiede zwischen den Gruppen:

Fragebogenteil	t	F
FEK I (A_1)	o.34	1.26
FEK I (W_1)	o.47	1.13

Tab. 7-5: Mittelwerte und Streuungen der Rohwertsummen im FEK I (A_1) und (W_1) für die Gruppe der Klienten mit Therapieerfahrung (N = 15) und die Gruppe ohne Therapieerfahrung (N = 37); die Unterschiede in der Beantwortung der beiden Fragebogenteile innerhalb und zwischen den Gruppen, geprüft mittels t-Test für korrelierende und unabhängige Stichproben.

Mittelwerte und Streuungen:

	Kl. mit Therapieerfahrung		Kl. ohne Therapieerfahrung	
Fragebogenteil	M	σ	M	σ
FEK I (A_1)	14.73	5.89	15.32	5.28
FEK I (W_1)	13.2o	7.14	14.86	4.91

Unterschiede innerhalb einer Gruppe:

	Kl. mit Therapieerfahrung	Kl. ohne Therapieerfahrung
Fragebogenteil	t	t
FEK I (A_1) / FEK I (W_1)	1.54	1.o7

Unterschiede zwischen den Gruppen mit und ohne Therapieerfahrung:

Fragebogenteil	t	F
FEK I (A_1)	o.35	1.24
FEK I (W_1)	o.97	2.11

Betrachtet man die einzelnen Items des FEK I, getrennt nach Annahme- und Wunschteil, inhaltlich, so ergibt sich ein Bild vom Therapeuten und Klienten, das folgendermaßen beschrieben werden kann (vgl. dazu die Faktorenanalyse im Kapitel 6 und die genauen Prozentangaben in Tabelle 7-6):

- Über die Hälfte der 52 Klienten nimmt an, daß der Therapeut die Therapie organisiert (Items 1, 4, 12, 18 und 2o), wobei dies im allgemeinen als weniger wünschenswert empfunden wird. Lediglich als Zu-

sammenfasser und Strukturierer ist der Therapeut stärker erwünscht (Item 4).

- Ebenso erwarten mehr als 5o % der Klienten, daß der Therapeut die Rolle des Ratgebers einnimmt (Items 5, 8, 15, 17, 21, 23, 28); vergleichbar häufig ist der Wunsch nach dieser Funktion.
- 67 % nehmen die Rolle des Therapeuten als Trostspender (Item 24) wahr, und 63 % hoffen auch darauf.

Tab. 7-6: Zahl der Klienten, die das jeweilige Item im FEK I nicht im Sinne des GT-Konzepts beantworteten (Angaben in Prozent; N = 52)

Items (in Kurzform[1])	FEK I (A_1)	FEK I (W_1)
1 Th. bestimmt Verlauf der Stunde	61	43
2 Th. trifft Entscheidungen	14	6
3 Kl. sagt sich, was er tun soll	11	15
4 Th. gibt Zusammenfassung der Std.	64	72
5 Th. gibt Hinweise für nächste Std.	56	72
6 Kl. bestimmt Therapiegeschehen	36	42
7 Th. ist treib. Kraft bei Problemlös.	44	51
8 Th. zeigt Ansatzpunkte f. Lösung	86	93
9 Th. beginnt Gespräch	26	42
1o Kl. teilt sich Therapiezeit ein	44	36
11 Kl. bestimmt Thema der Stunde	3o	39
12 Th. stellt Fragen	92	91
13 Kl. bestimmt aktiv Therapiegeschehen	35	34
14 Th. klärt Entscheidungssituationen	44	49
15 Th. macht Vorschläge	77	87
16 Th. kontrolliert Klientenverhalten	41	51
17 Th. sagt, wie schwerwiegend d. Probl. sind	64	75
18 Th. strukturiert Therapiestd.	7o	63
19 Th. nimmt Entscheidungen ab	6	9
2o Th. bestimmt Ende der Therapie	52	22
21 Th. gibt Ratschläge etc.	82	9o
22 Th. gibt konkreten Plan	23	45
23 Th. teilt seine Erfahrung mit	59	69
24 Th. gibt immer Mut und Hoffnung	67	63
25 Kl. redet spontan von dem, was er will	6	3
26 Th. will, daß Kl. Probleme verstandesmäßig begreift	68	57
27 Th. teilt persönliche Ansicht mit	48	79
28 Th. erklärt wissenschaftlich	68	73
29 Probleme werden geregelt und besprochen	38	36
30 Kl. bestimmt Dauer der Therapie	32	3o

[1] Ausführliche Form der Items siehe Anhang, S.

- Die aus anderen sozialen Beziehungen (z.B. Arzt-Patient-Verhältnis) generalisierte Erwartungshaltung beim Klienten zeigt sich recht deutlich in der Beantwortung der Items 12 (der Therapeut stellt Fragen) und 26 (der Therapeut will, daß der Klient seine Probleme verstandesmäßig begreift). 92 % der Klienten nehmen an, daß der Therapeut Fragen stellt, 91 % wünschen sich diese Aktivität auch beim Therapeuten. 68 % rechnen mit einer vorwiegend rationalen Problemlösung, während für nur 57 % diese Art der Problembearbeitung auch wünschenswert ist.
- Besonders richtig schätzen die Klienten das Verhalten des Therapeuten in Entscheidungssituationen ein (Items 2 und 19). Der letzte Schritt in der Problemlösung wird realistisch als vom Klienten zu leisten eingeschätzt und auch erwünscht.
- In ähnlich überzeugender Weise erwarten und wünschen die Klienten, spontan von Dingen reden zu können, die ihnen gerade wichtig sind (Item 25).

7.3.3. Charakterisierung des Klientels nach dem Störungsausmaß

Nach den Ergebnissen der Testverfahren aus der ersten Testsitzung erreichen die Klienten im Mittel folgende Standard- bzw. Rohwerte im FPI A, E.N.NR. (I = 1. Vorgabe) und LPS A (vgl. auch die Angaben für die Gesamtstichprobe in Tabelle A-1.o im Anhang, S. 247).

FPI:	1 Nervosität	6.4
	2 Aggressivität	5.2
	3 Depressivität	7.2
	4 Erregbarkeit	5.6
	5 Geselligkeit	3.7
	6 Gelassenheit	2.7
	7 Dominanzstreben	3.6

8	Gehemmtheit	6.4
9	Offenheit	4.6
1o	Extraversion	3.6
11	Emot. Labilität	6.3
12	Maskulinität	3.o

E.N.NR.: 1	Extraversion	3.8
2	Neurotizismus	7.o
3	Rigidität	1.9

LPS Gesamtscore-IQ: 113.63

Es zeigt sich (s. auch Abb. 7-o, S. 165), daß die Klienten unserer Stichprobe bei einer Skalenbreite von 1 - 9 von der Standardnorm (4 - 6), in der 54 % der Bevölkerung liegen, nur auf den Skalen 3 (Depressivität), 6 (Gelassenheit) und 12 (Maskulinität) um jeweils einen Standardwert abweichen.

Im E.N.NR. (I), der nach FAHRENBERG & SELG (197o, S. 48 f.) bedeutsame Zusammenhänge mit dem FPI aufweisen soll, erweist sich das Klientel als stärker neurotisch[1], wenig extravertiert und nicht rigide.

Der hohe IQ-Wert, aus den ersten 6 Skalen des LPS gebildet, bestätigt, daß unser Klientel in dieser Beziehung eine recht ausgesuchte Population darstellt. Ein IQ von durchschnittlich 113 ist für das vorwiegend studentische Klientel angemessen. 8o % der Klienten befanden sich zum Zeitpunkt der Therapie noch in der Ausbildung, d.h. sie besuchten die Universität oder Fachschule (vgl. auch Tab. 6-o, S. 1o3).

---

[1] Die höchstmöglichen Werte in der revidierten Form des E.N.NR. sind 8 für Extraversion, 1o für Neurotizismus, 6 für Rigidität. Besonders hoch korrelieren nach FAHRENBERG & SELG Skala E des E.N.NR. und Skala 5 des FPI (Geselligkeit) sowie Skala N des E.N.NR. und des FPI.

Auswertungsbogen

FPI

Gesamtform
Halbform A–B

Datum

Skala	Rohwert	Prozent	4	7	12	17	20	17	12	7	4	
		Standardwert	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Stanine
FPI 1		**Nervosität** psychosomatisch gestört					54 %					psychosomat. nicht gestört
FPI 2		**Aggressivität** spontan aggressiv, emotional unreif										nicht aggressiv, beherrscht
FPI 3		**Depressivität** mißgestimmt, selbstunsicher										zufrieden, selbstsicher
FPI 4		**Erregbarkeit** reizbar, leicht frustriert										ruhig, stumpf
FPI 5		**Geselligkeit** gesellig, lebhaft										ungesellig, zurückhaltend
FPI 6		**Gelassenheit** selbstvertrauend, gutgelaunt										irritierbar, zögernd
FPI 7		**Dominanzstreben** reaktiv aggressiv, sich durchsetzend										nachgiebig, gemäßigt
FPI 8		**Gehemmtheit** gehemmt, gespannt										ungezwungen, kontaktfähig
FPI 9		**Offenheit** offen, selbstkritisch										verschlossen, unkritisch
FPI E		**Extraversion** extravertiert										introvertiert
FPI N		**Emot. Labilität** emotional labil										emotional stabil
FPI M		**Maskulinität** typisch männliche Selbstschilderung					54 %					typisch weibl. Selbstschildg.

Proband Geschlecht Alter Testleiter / Auswerter

Name / Kenn-Nr.

ABB. 7-0 : MITTLERE STANDARDWERTE AUF DEN 12 SKALEN DES FPI-A FÜR DIE GESAMTSTICHPROBE (N=52)

Copyright by Verlag für Psychologie · Dr. C. J. Hogrefe Göttingen

Urheberrechtlich geschützt · Nachdruck und jegliche Art von Vervielfältigung verboten

7.3.4. Zusammenhang zwischen Störungsausmaß und Erwartung

In der Annahme, daß die Beantwortung des FEK I von bestimmten Störungen bzw. Störungsausmaßen abhängig sein könnte, wurde mittels Produkt-Moment-Korrelation der Zusammenhang zwischen den Werten des FPI A, E.N.NR. (I), LPS A und den Rohwertsummen des FEK I aus der 1. Testsitzung bestimmt.

Tab. 7-7: Produkt-Moment-Korrelationen der 12 Skalen des FPI A, der 3 Skalen des E.N.NR. (I) und der 3 Rohwertsummen des LPS A mit den Rohwertsummen des FEK I (A_1) und (W_1). (x = p (o.5))

	FEK I (A_1)	FEK I (W_1)
FPI A		
1 Nervosität	-o.4o228 x	-o.42728 x
2 Aggressivität	-o.2921o	-o.25866
3 Depressivität	-o.4167o x	-o.37258 x
4 Erregbarkeit	-o.243o2	-o.16754
5 Geselligkeit	o.21211	o.17244
6 Gelassenheit	-o.oo476	o.o1832
7 Dominanzstreben	-o.18o25	-o.oo839
8 Gehemmtheit	-o.32127	-o.39887 x
9 Offenheit	-o.o17o3	-o.o2473
1o Extraversion	o.o395o	o.o1894
11 Emot. Labilität	-o.17194	-o.o8222
12 Maskulinität	o.34579	o.41587 x
E.N.NR. (I)		
1 Extraversion	-o.o8262	o.oo1o6
2 Neurotizismus	-o.14695	-o.13155
3 Rigidität	-o.o9464	-o.18152
LPS A		
1 Rohwert 1+2	o.o5595	o.o8136
2 Rohwert 3+4	o.27o4	o.17184
3 Rohwert 5+6	o.15653	o.12843

Nach Tabelle 7-7 ergeben sich zwischen den FPI-Skalen 1 (Nervosität) und 3 (Depressivität) und dem FEK I überzufällige (p = o.5) negative Zusammenhänge, d.h. hohe Werte auf den Skalen 1 und 3 korrelieren mit nie-

drigen Werten im FEK I sowie umgekehrt. Somit kann festgehalten werden, daß unausgeglichene[1], nervöse und eher als unsicher zu bezeichnende Personen in ihren Annahmen und Wünschen mit dem GT-Konzept eher konträre Erwartungen ausdrücken. Der gleiche Zusammenhang ergibt sich für die FPI-Skala 8 (Gehemmtheit) und die Beantwortung des FEK I (W_1). Es scheint, daß schüchterne, gehemmte Personen besonders stark dazu tendieren, sich den Therapeuten als eine dominantere Hilfsperson zu wünschen. Dagegen stimmen aktivere, selbstbewußtere Personen (FPI-Skala 12 - Maskulinität) in ihren Wünschen an die Person des Therapeuten eher mit dem Konzept der GT überein.

7.3.5. Zusammenfassung und Beantwortung der Hypothese 1

Die Hypothese 1 lautet: Mittelschichtsklienten in der BRD haben die Erwartung, daß der Therapeut in direktiver Weise die Problemlösung beim Klienten fördert (vgl. Kapitel 5, S. 9o).

Insgesamt gesehen kann davon ausgegangen werden, daß die dieser Untersuchung zugrundeliegende Klientenstichprobe als relativ homogen und der Gesamtpopulation der Studenten in Münster vergleichbar angesehen werden kann.

---

[1] Die Verhaltensbeschreibung für hohe Standardwerte auf den Skalen 1, 3, 8 und 12 des FPI lauten im Manual folgendermaßen:
FPI 1: kränkelnd; unausgeglichen, nervös; gefühlsbetont;
FPI 3: unsicher, scheu; kränkelnd;
FPI 8: bescheiden; langsam, bedächtig; still, ruhig; nachgiebig, fügsam; friedlich, umgänglich; unsicher, scheu; passiv, bequem; sensibel, weich;
FPI 12: schnell, rasch; oberflächlich, flüchtig; robust, hart; gesund; lebhaft, rege; dominierend, herrschsüchtig; impulsiv, spontan; unverträglich, aggressiv; mutig, furchtlos;
(vgl. FAHRENBERG & SELG, 197o, S. 52).

Ist diese Homogenität für die Untersuchung einerseits günstig, indem der geringe Stichprobenumfang von 52 Klienten dadurch weniger schwer wiegt, so sind andererseits die Aussagemöglichkeiten der gesamten Untersuchung beschränkt. Es ist unzulässig, die Ergebnisse unüberprüft auf Klienten generell zu übertragen. Trotzdem gibt es Zusammenhänge zwischen unserem Klientel und anderen Klientengruppen, die aufgrund bisheriger experimenteller Ergebnisse - die z.T. im Kapitel 3 dargestellt wurden - eine vorläufige Interpretation zulassen. Dies soll zum Schluß der Arbeit Berücksichtigung finden.

Die Analyse der Ergebnisse aus dem FEK I zum Zeitpunkt der 1. Vorgabe legt die Annahme der 1. Hypothese nahe. Das vorwiegend studentisch-mittelständische Klientel hegt vor Therapiebeginn Erwartungen an den Therapeuten, die mit dem Konzept der GT nicht 100%ig übereinstimmen. Die Annahmen und Wünsche der Klienten sind von der Vorstellung geprägt, daß der Therapeut in der Therapie die Führungsrolle übernimmt. Zwar erwarten sie nicht, daß er ihnen Entscheidungen abnimmt, aber bis zu diesem Punkt wird ihm eine dominierend-entscheidungsbildende Position zugeschrieben.

Klienten, die sich aufgrund der Ergebnisse aus FPI und E.N.NR. eher psychosomatisch gestört, besonders unsicher und gehemmt erweisen, geben in beiden Fragebogenteilen seltener GT-gemäße Antworten. Von daher kann man vermuten, daß unsichere Klienten auf der Gegenseite eine stärkere und bestimmendere Person erwarten, während Klienten, die nach der FPI-Skala 12 als eher aktiv, zuversichtlich, unternehmungslustig, selbstbewußt eingestuft werden können, eher ein partnerschaftliches bzw. gleichberechtigtes Verhältnis zwischen Therapeut und Klient anstreben. Dieser Punkt müßte allerdings durch weitere Untersuchungen noch erhärtet werden.

Allgemein gesehen, entspricht das Bild, das so vom Therapeuten gekennzeichnet wird, in etwa der gängigen beratenden Praxis in der BRD und scheint somit eine Generalisierung eigener oder vermittelter Erfahrungen und Vorstellungen zu sein. Dafür spricht auch der Befund, daß psychosomatisch gestörte Klienten überzufällig häufig dem Therapeuten eine ratgebende Funktion zumessen, welches als Generalisierung ihrer früheren Erfahrungen mit vorwiegend ärztlicher Behandlung angesehen werden kann.

7.4. Vergleich der vier Experimentalgruppen hinsichtlich der Erwartung und des Störungsausmaßes

In der bisherigen Darstellung bezogen wir uns ausschließlich auf das Gesamtklientel. Bevor die Ergebnisse der Erwartungs- und Therapiebeeinflussung durch die verschiedenen GT-Einführungen erfolgen können, soll zunächst die Ausgangslage in den vier Experimentalgruppen hinsichtlich der Erwartung und des Störungsausmaßes betrachtet werden.

7.4.1. Gruppenvergleich hinsichtlich der Erwartungen

Tabelle 7-8 gibt die Ergebnisse der einfachen Varianzanalyse über alle vier Gruppen hinsichtlich der mittleren Rohwertsummen im FEK I (1. Vorgabe) wieder.

Tab. 7-8: Einfache Varianzanalyse der mittleren Rohwertsummen im FEK I (A_1) und (W_1) für alle 4 Experimentalgruppen (N = 52) (x = p(o.5))

	zwischen (FG = 3)		innerhalb (FG = 48)		F
	SAQ	MQ	SAQ	MQ	
FEK I (A_1)	244.258	81.419	125o.512	26.o52	3.125 x
FEK I (W_1)	194.184	64.728	1418.125	29.544	2.191

Es zeigt sich, daß für den FEK I (A_1) die Hypothese, daß die Mittelwerte der Rohwertsummen in den vier Gruppen sich nicht voneinander unterscheiden, zurückgewiesen werden muß, während sie für den Wunschteil FEK I (W_1) beibehalten werden kann.

Eine nähere Betrachtung der Mittelwerte der Rohwertsummen aus dem FEK I (A_1) und (W_1) (vgl. Tabelle 7-9) verdeutlicht, daß die Experimentalgruppe II gegenüber den Gruppen I und III GT-konformere Annahmen zeigt, daß sie zudem aber - im Zweigruppenvergleich - auch GT-konformere Wünsche gegenüber der Gruppe I hegt.

Damit entsteht die Vermutung, daß sich diese Experimentalgruppe zufällig aus Personen zusammensetzt, die das Konzept der GT bereits besser kennen[1] bzw. GT-Konzept-gerechtere Erwartungen hegen als die anderen Gruppen.

---

[1] Es sei in diesem Zusammenhang daran erinnert, daß Klienten mit tatsächlicher GT-Erfahrung nicht in die Stichprobe aufgenommen wurden.

Tab. 7-9: Mittelwerte und Streuungen der Rohwertsummen im FEK I (A_1) und (W_1) für die 4 Experimentalgruppen (G I: N = 13; G II: N = 12; G III: N = 13; G IV: N = 14); die Unterschiede in der Beantwortung der Fragebogenteile zwischen den Gruppen, geprüft mittels t-Test für unabhängige Stichproben (x = p(o.2))

Mittelwerte und Streuungen im FEK I (A_1):

	M	σ
Gruppe I	13.ooo	4.163
Gruppe II	18.583	5.854
Gruppe III	13.462	4.39o
Gruppe IV	15.786	5.78o

Unterschiede zwischen den Gruppen im FEK I (A_1):

	t
G I / G II	2.65 x
G I / G III	o.26
G I / G IV	1.37
G II / G III	2.39 x
G II / G IV	1.18
G III / G IV	1.13

Mittelwerte und Streuungen im FEK I (W_1):

	M	σ
Gruppe I	12.ooo	4.o82
Gruppe II	17.5oo	6.289
Gruppe III	13.846	4.896
Gruppe IV	14.429	6.173

Unterschiede zwischen den Gruppen im FEK I (W_1):

	t
G I / G II	2.51 x
G I / G III	1.oo
G I / G IV	1.15
G II / G III	1.56
G II / G IV	1.2o
G III / G IV	o.26

Um Aufschluß über die Hintergründe dieses Unterschieds zu erhalten, wurde die Gruppe hinsichtlich der früheren Therapieerfahrungen und des Anmeldegrundes untersucht. Beides ergibt allerdings keinen konkreten Hinweis.

So waren von den 15 Klienten, die bereits therapeutische Behandlung erfahren hatten, in der Gruppe II nur 2, während in der Gruppe I bereits 6, in der Gruppe III ebenfalls 2 und in der Gruppe IV 5 Klienten von früheren therapeutischen Behandlungen berichteten. Die Mitglieder der Gruppe II hatten entweder schon an einem Beratungsgespräch teilgenommen oder eine Gruppentherapie erhalten.

Auch hinsichtlich des Anmeldungsgrundes kann die Gruppe II nicht in auffallender Weise von den anderen Gruppen charakterisiert werden. Tabelle 7-1o gibt die Zahl der Nennungen für die einzelnen Gruppen getrennt wieder.

Bei dieser Aufschlüsselung wird zudem deutlich, daß die Gruppe II, die mit dem Einführungsbeispiel II konfrontiert werden soll, in dem als Beispiel ein therapeutischer Gesprächsausschnitt vorgesehen ist, der Kontaktstörungen und mangelndes Selbstvertrauen anspricht, in diesem Bereich nicht gehäuft Probleme aufweist. Die Einführung dürfte - entgegen unserer Vermutung - von daher keine speziellen Auswirkungen haben.

Tab. 7-1o: Grund der Anmeldung; für die Gesamtstichprobe (N = 52) und die Experimentalgruppen getrennt: G I (N = 13), G II (N = 12), G III (N = 13), G IV (N = 14).

	Zahl der Nennungen bei der Möglichkeit von Mehrfachnennungen				
Grund	G I	G II	G III	G IV	Gesamt
Eßstörungen	1				1
Kontaktstör. allgemein	3	2	4	5	14
Kontaktstör. mit Partner		2	2	2	6
Arbeitsstör.	2	2	1	4	9
Frigidität		2	1		3
mangelndes Selbstvertr.	4	2	1	3	1o
Abhängigkeit von anderen Personen	1	1		1	3
Psychos. Stör.		1	1		2
Erröten	1				1
Nervosität	1				1
unbestimmte Ängste	1		2	4	7
Depr. Stim.	5	2	6	2	15

7.4.2. Gruppenvergleich hinsichtlich des Störungsausmaßes

Zur Prüfung des Störungsausmaßes zwischen den vier Experimentalgruppen wurde wiederum die einfache Varianzanalyse herangezogen. Die Prüfung erfolgte für alle 12 Skalen des FPI A, die 3 Skalen des E.N.NR. (I), die 3 Rohwerte des LPS A und den daraus resultierenden IQ-Wert. Da die Varianz in den Gruppen aufgrund des BARTLETT-Tests als vergleichbar anzusehen ist, kann die Mittelwertsprüfung in dieser Weise erfolgen. Wie Tabelle 7-12 (S. 175) darlegt, unterscheiden sich die Gruppen nur auf der Skala 12 des FPI A (Maskuli-

nität). Hier erreicht die Gruppe III einen überzufällig niedrigeren Wert als die Gruppen II und IV (vgl. Tab. 7-11). Da eine ungleichmäßige Verteilung der Geschlechter innerhalb der Gruppen aufgrund der Zusammensetzung (s. Tab. 6-o, S. 1o3) auszuschließen ist, muß angenommen werden, daß auch die männlichen Klienten dieser Gruppe typisch weibliche Züge aufweisen (vgl. auch Fußnote S. 176).

Tab. 7-11: Mittelwerte und Streuungen der Standardwerte auf der Skala 12 (Maskulinität) im FPI-A für die 4 Experimentalgruppen (G I: N = 13; G II: N = 12; G III: N = 13; G IV: N = 14); die Unterschiede im Störungsausmaß auf dieser Skala zwischen den Gruppen, geprüft mittels t-Test für unabhängige Stichproben. (x = p(o.5); xx = p(o.1)).

Mittelwerte und Streuungen auf der Skala 12 (Maskulinität) im FPI-A:

	M	σ
Gruppe I	3.ooo	1.291
Gruppe II	3.583	1.24o
Gruppe III	2.o77	1.32o
Gruppe IV	3.5oo	1.698

Unterschiede zwischen den Gruppen auf der Skala 12 (Maskulinität) im FPI-A:

	t
G I / G II	1.1o
G I / G III	1.73
G I / G IV	o.82
G II / G III	2.81 xx
G II / G IV	o.14
G III / G IV	2.33 x

Tab. 7-12: Einfache Varianzanalyse der Meßwerte aus der 1. Testsitzung (FPI-A, E.N.NR. (I), LPS-A) für die 4 Experimentalgruppen (N = 52); (x = p(o.5))

	1 Variable	2 SAQ zwischen	3 SAQ innerhalb	4 FG zwischen	5 FG innerhalb	6 MQ zwischen	7 MQ innerhalb	8 F-Wert	BARTLETT-TEST $\chi^2 < 7.81$[1]
FPI-A	Nervosität	18.o2o	154.675	3	48	o.oo7	3.222	1.864	o.649
	Aggressivität	o.95o	165.127	3	48	o.317	3.44o	o.o92	o.857
	Depressivität	6.343	129.426	3	48	2.114	2.592	o.816	5.o39
	Erregbarkeit	8.745	157.417	3	48	2.915	3.277	o.889	o.782
	Geselligkeit	7.215	245.862	3	48	2.4o5	5.122	o.47o	2.295
	Gelassenheit	2.828	81.[illegible]	3	48	o.943	1.7o5	o.553	7.o56
	Dominanzstr.	6.951	187.1o9	3	48	2.317	3.898	o.594	1.416
	Gehemmtheit	6.115	152.71[illegible]	3	48	2.o38	3.181	o.641	5.628
	Offenheit	3.597	186.4o1	3	48	1.199	3.885	o.3o9	1.944
	Extraversion	o.766	141.7[illegible]	3	48	o.255	2.953	o.o86	4.862
	Emot. Labilität	7.141	1[illegible].[illegible]12	3	48	2.38o	2.84o	o.838	o.212
	Maskulinität	18.583	95.34o	3	48	6.194	1.986	3.119x	1.577
E.N.NR. (I)	Extraversion	9.25o	1o8.191	3	48	3.o83	2.253	1.368	o.319
	Neurotizismus	12.892	329.165	3	48	4.297	6.857	o.626	1.194
	Rigidität	6.52o	54.3o6	3	48	2.173	1.131	1.92o	3.296
LPS-A	Rohwerte 1+2	6.3[illegible]	68.3o7	3	48	2.122	1.423	1.491	4.116
	Rohwerte 3+4	2.673	98.ooo	3	48	o.891	2.o42	o.436	5.3o4
	Rohwerte 5+6	3.27o	78.173	3	48	1.o9o	1.629	o.669	4.5o7
	IQ	137.75o	3516.5oo	3	48	42.583	73.26o	o.718	2.196

[1] Ist der berechnete Wert von χ^2 kleiner als der Tafelwert von 7.81, so ist die Varianz in den Gruppen als vergleichbar anzusehen.

7.4.3. Zusammenfassung

Nach der Überprüfung der Klientenstichprobe und der vier (bereits nach Geschlecht, Beruf und Alter angeglichenen) Experimentalgruppen an weiteren Daten aus der 1. Testsitzung kann zusammenfassend festgestellt werden, daß das Klientel als weitgehend homogen einzustufen ist und diese Homogenität zwischen den vier Gruppen hinsichtlich der meisten Meßwerte gewahrt werden konnte.

Unterschiede ergeben sich in der mittleren Rohwertsumme im FEK I (A_1) und (W_1) und auf der Skala 12 (Maskulinität) des FPI. So zeigt die Gruppe II von vornherein GT-konformere Annahmen gegenüber den Gruppen I und III und gegenüber der Gruppe I zudem GT-konformere Wünsche. In der FPI-Skala Maskulinität erhält sie mit der Gruppe IV zudem deutlich höhere Werte als die Gruppe III, die sich als typisch weiblich[1] erweist. Es ist zu vermuten, daß sich der positiv korrelative Zusammenhang, den wir zwischen einer GT-konformen Beantwortung des FEK I (W_1) und einem hohen Standardwert auf der FPI-Skala 12 (Maskulinität) finden konnten, auch hier niederschlägt.

Vorerst kann festgehalten werden, daß die Klienten der Gruppe II bereits mit einem Vorsprung an Wissen und Wünschen entsprechend dem GT-Konzept in die Therapie kommen. Es bleibt zu prüfen, wie sich dies nach der Erwartungsbeeinflussung durch die vorgesehene GT-Einführung II auswirkt.

---

[1] In der Definition von FAHRENBERG & SELG (1970), S. 37, entspricht ein niedriger Standardwert auf der FPI-Skala 12 (Maskulinität) einer "typisch weibliche(n) Selbstschilderung". Danach sind diese Personen schüchtern, gehemmt, leicht enttäuscht, verzagt, zeigen wenig Zuversicht und Selbstvertrauen.

7.5. Auswirkungen der GT-Einführungen auf die vorliegenden Erwartungen der Klienten

Hauptanliegen der experimentellen Untersuchung ist es, die Auswirkungen einzelner, gängiger GT-Einführungen auf die vorliegenden Annahmen und Wünsche der Klienten an die Therapeutenrolle zu prüfen.

In der Hypothese 2 (vgl. S. 91) gehen wir davon aus, daß Einführungen in das Konzept der GT einen generell positiven Effekt auf die Erwartungsveränderung ausüben. Gleichzeitig behaupten wir, daß Vorinformationen, die die Wünsche und Einstellungen, die sich in der Erwartung des Klienten niederschlagen, mitberücksichtigen, anderen Vorinformationen, die dies nicht tun, überlegen sind.

Wir nehmen deshalb an, daß die Einführung III (vgl. S. 111) einen deutlich positiveren Effekt auf die kognitiv-rationale (Wissens-) und kognitive-emotionale (Wunsch-) Komponente der Erwartung ausübt. In dieser Einführung wurde den Klienten ein Beispiel aus einer Therapiestunde vorgespielt, in der eine Klientin ihre zunächst GT-konträren Erwartungen im Laufe der Therapie revidiert hatte und die Verhaltensweise des GT-Therapeuten nunmehr als äußerst positiv und angenehm betrachtete.

Das Beispiel II vermittelt zwar auch etwas von der therapeutischen 'Atmosphäre', doch hat das behandelte Thema keine unmittelbare Beziehung zur Erwartung des Klienten, der Therapeut werde ihm Ratschläge geben. Es wird vermutet, daß dies Beispiel deshalb weniger erwartungsverändernd wirkt.

Auch Beipiel I, das lediglich durch ein Blatt über das GT-Konzept Aufschluß gibt, wird als weniger effektiv

angesehen.

Zur Beantwortung der ersten Annahme testen wir das generelle Ausmaß der Veränderung durch den Vergleich der ersten und zweiten Vorgabe des FEK I. Eine spezifische Auswertung erfolgt dann durch einen Vergleich des Veränderungsausmaßes zwischen und innerhalb der beiden Fragebogenteile und -vorgaben für die vier Gruppen.

7.5.1. Generelle Auswirkungen

Zur Prüfung der generellen Auswirkungen der Einführungen auf die Veränderung der Annahmen und Wünsche der Klienten wurde die '2-fache Varianzanalyse mit Meßwiederholung auf einem Faktor' gewählt. Da wir den Effekt der GT-Einführungen durch die Vorgabe des gleichen Testverfahrens messen wollen, bietet sich diese Methode an (vgl. WINER, 1962, S. 298 ff.). Tabelle 7-13, S. 179 gibt das Ergebnis wieder.

Faktor A repräsentiert die jeweiligen vier Behandlungsarten (I = GT-Einführung vom Blatt, II = GT-Einführung vom Tonband mit einem allgemeinen Beispiel, III = GT-Einführung vom Tonband mit einem speziellen Beispiel, IV = Kontrollgruppe, ohne GT-Einführung). Faktor B gibt den Einfluß der Behandlungsarten auf die Erwartung der Klienten, gemessen anhand der 1. und 2. Vorgabe des FEK I einmal für die Annahmen, zum anderen für die Wünsche wieder. A x B zeigt die Wechselwirkung zwischen beiden Faktoren an. Es erweist sich, daß der Faktor B (Einfluß der Behandlungsart) sowohl im Hinblick auf die Annahmen als auch die Wünsche der Klienten sehr signifikant ($p = 0.01$) ist. Damit wird deutlich, daß die GT-Einführungen die Erwartungen der Klienten verändert haben.

Tab. 7-13: 2-fache Varianzanalyse mit Meßwiederholung auf einem Faktor: Überprüfung der Effekte, die die vier GT-Einführungen (GT-Einführung vom Blatt; GT-Einführung vom Tonband mit allgemeinem Beispiel; GT-Einführung vom Tonband mit speziellem Beispiel; keine GT-Einführung) auf die Erwartungshaltung der Klienten, gemessen mit dem FEK I, haben.
FAKTOR A: Einführungsart; FAKTOR B: Erwartungsveränderung; A x B: Wechselwirkung zwischen Einführungsart und Erwartungsveränderung (x = p(o.5); xx = p(o.1); xxx = p(o.o1).

	Quelle	SAQ	FQ	MQ	F-Wert
FEK I (Annahmen)	Kl.[1] zwischen	2786.89	51		
	A(I,II,III,IV)	394.57	3	131.52	2.64
	Fehler zw.	2392.32	48	49.84	
	Kl. innerhalb	1384.oo	52		
	B(FEK I A_1/A_2)	660.o4	1	660.o4	66.34 xxx
	A x B	246.37	3	82.13	8.25 xx
	Fehler innerh.	477.59	48	9.95	
FEK I (Wünsche)	Kl. zwischen	28o3.o4	51		
	A(I,II,III,IV)	394.12	3	131.o4	2.61
	Fehler zw.	24o9.92	48	5o.21	
	Kl. innerhalb	64o.oo	52		
	B(FEK I W_1/W_2)	24o.o4	1	24o.o4	35.57 xxx
	A x B	76.o7	3	25.36	3.76 x
	Fehler innerh.	323.89	48	6.75	

[1] Kl.: Klienten statt Vpn. (Versuchspersonen)

Zum weiteren ergibt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Behandlungsart und der Erwartungsveränderung. Für die Annahmen ist er sogar auf dem 1%igen Niveau signifikant, für die Wünsche dagegen auf dem 5%igen Niveau. Damit besteht zwischen den Mittelwerten der vier Gruppen im FEK I (1. Vorgabe) und FEK I (2. Vorgabe) eine überzufällige Differenz. Diese Differenz zeigt sich in den Annahmen stärker als in den Wünschen, d.h. die Einführungen haben einen etwas stärkeren Einfluß auf die kognitiv-rationale als auf die kognitiv -

emotinale Komponente der Erwartung. Dies Ergebnis stützt somit unsere Vermutung, daß die Wunschkomponente, die in einer Erwartung mit zum Ausdruck kommt, weniger leicht zu beeinflussen ist bzw. durch unsere ausgewählten Einführungen nicht beeinflußt wird.

Da hiermit aber noch keine Aussagen darüber gemacht werden können, welche der GT-Einführungen welchen Effekt sowohl bei den Annahmen als auch bei den Wünschen erzielt, werden wir nun im einzelnen die Unterschiede in den vier Experimentalgruppen untersuchen.

7.5.2. Auswirkungen in den vier Experimentalgruppen

Weil der t-Test für korrelierende Stichproben bei kleinen Stichproben an Schärfe verliert, wurde zur Prüfung der Verteilung der Rohwertsummen im FEK I (1. und 2. Vorgabe) der parameterfreie WILCOXON-Test für Paardifferenzen gewählt. Die Nullhypothese lautet hier: Die Variable (hier: die Rohwertsumme im FEK I (A) und (W)) hat unter beiden Bedingungen (1. und 2. Vorgabe) die gleiche Verteilung. Die Alternativhypothese für die zweiseitige Fragestellung heißt: Die Verteilungen unterscheiden sich in ihrer zentralen Tendenz. Tabelle 7-14, S. 181 gibt Aufschluß über die Zusammenhänge.

Wie zu erwarten war, zeigt die Gruppe IV, die den FEK I ein zweites Mal <u>ohne</u> Information über das Konzept der GT ausfüllte, sowohl in Bezug auf:

-Veränderung der Annahmen und Wünsche über beide Meßzeiträume (FEK I A_1/A_2 und FEK I W_1/W_2) als auch in Bezug auf

-Veränderung der Annahme-Wunsch-Relation von einer zur anderen Messung (FEK I A_1/W_1 und FEK I A_2/W_2)

keine grundsätzlich verschiedene Verteilung, so daß für diese Gruppe die Nullhypothese beibehalten werden muß.

Tab. 7-14: WILCOXON-Test über die mittleren Rohwertsummen im FEK I innerhalb jeder Experimentalgruppe.
Vergleiche: Annahmen vorher (A_1) und Annahmen nachher (A_2); Wünsche vorher (W_1) und Wünsche nachher (W_2); Annahmen vorher (A_1) und Wünsche vorher (W_1); Annahmen nachher (A_2) und Wünsche nachher (W_2) (x = p(o.2); xx = p(o.1)).

	Gruppe I	N	Gr. II	N	Gr. III	N	Gr. IV	N
FEK I A_1 / A_2	o xx	12	3.5 xx	11	o xx	13	55	13
FEK I W_1 / W_2	3 xx	11	9 x	12	1 xx	12	38	13
FEK I A_1 / W_1	34	13	14.5	10	28.5	12	24.5	14
FEK I A_2 / W_2	6 x	11	8 x	12	6 x	11	21	12

Der leichte Anstieg (s. auch Abb. 7-2.1, S. 182, und Abb. 7-2.2, S. 183) bei dieser Gruppe in ihren Annahmen wie Wünschen gemäß dem GT-Konzept ist ein bei Meßwiederholungen häufig zu beobachtender Effekt. Im Prinzip müssen die Erwartungen aber als nicht verändert betrachtet werden.

In allen drei anderen Gruppen (G I, G II und G III) zeigen sich dagegen starke Verteilungsveränderungen von der Vorher- zur Nachhermessung. Nach dem WILCOXON-Test unterscheiden sie sich überzufällig in ihren Annahmen, Wünschen und in der Annahme-Wunsch-Relation von ihrer jeweiligen Ausgangsbasis. Da die Kontroll-Gruppe IV sich nicht verändert hat, kann angenommen werden, daß die GT-Einführungen diese veränderte Verteilung der Annahmen und Wünsche verursacht haben. Unter Hinzuziehung der Abbildungen 7-2.1 und 7-2.2 zeigt sich, daß alle Gruppen zum Zeitpunkt 2 der Messung GT-Konzept-konformere Annahmen und Wünsche haben.

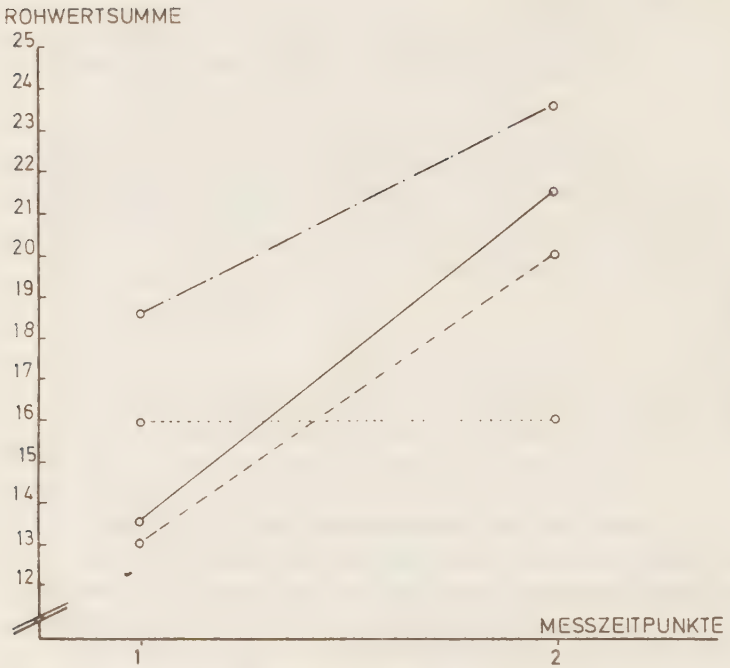


ABB 7-21: MITTLERE ROHWERTSUMME IM FEK I (ANNAHMEN) FÜR DIE 4 EXPERIMENTALGRUPPEN ZUM MESSZEITPUNKT 1 (VOR DER GT-EINFÜHRUNG) UND ZUM MESSZEITPUNKT 2 (NACH DER GT-EINFÜHRUNG).
o------o GRUPPE I o——o GRUPPE III
o-—-—-o GRUPPE II o·····o GRUPPE IV

Als weiteres wichtiges Ergebnis, das bereits durch die 2-fache Varianzanalyse nahegelegt wurde, kann festgehalten werden, daß die jeweiligen GT-Einführungen unterschiedslos eine veränderte Beantworungstendenz im FEK I (A_2) und (W_2) hervorgerufen haben. Zeigte sich vor der Konfrontation mit dem GT-Konzept in allen Gruppen die Neigung, den FEK I in beiden Teilen ähnlich zu beantworten, so ist die Verteilung in den Gruppen I, II und III jetzt überzufällig verschieden. Abbildung 7-3 (S. 184) macht deutlich, daß die Klienten aufgrund

der GT-Einführungen ihre Annahmen stärker veränderten als ihre Wünsche.

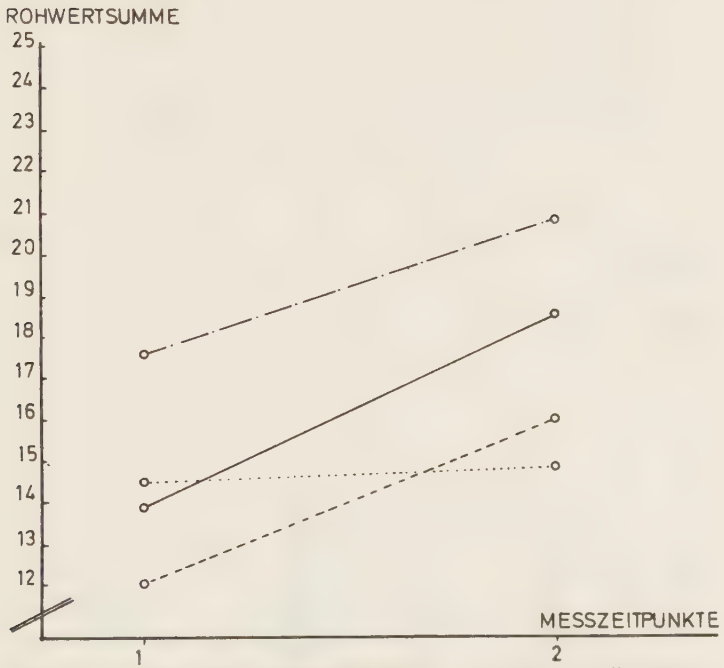


ABB 7-2.2: MITTLERE ROHWERTSUMME IM FEK I (WÜNSCHE) FÜR DIE 4 EXPERIMENTALGRUPPEN ZUM MESSZEITPUNKT 1 (VOR DER GT-EINFÜHRUNG) UND ZUM MESSZEITPUNKT 2 (NACH DER GT-EINFÜHRUNG)
o------o GRUPPE I o——o GRUPPE III
o—·—·—o GRUPPE II o·····o GRUPPE IV

Eine erneute Überprüfung der genannten Effekte innerhalb der Gruppen I, II und III mit der 2-fachen Varianzanalyse mit Meßwiederholung auf einem Faktor bestätigt die Befunde. Wie aus Tabelle 7-15 zu entnehmen ist, zeigt sich ein durchschlagender Erfolg des Faktors B (Veränderung der Beantwortung des FEK I vom 1. zum 2. Meßzeitpunkt), während die Wechselwir-

kung zwischen den Gruppen und der jeweiligen GT-Einführung keine grundsätzlichen Unterschiede andeutet (Faktor A x B).

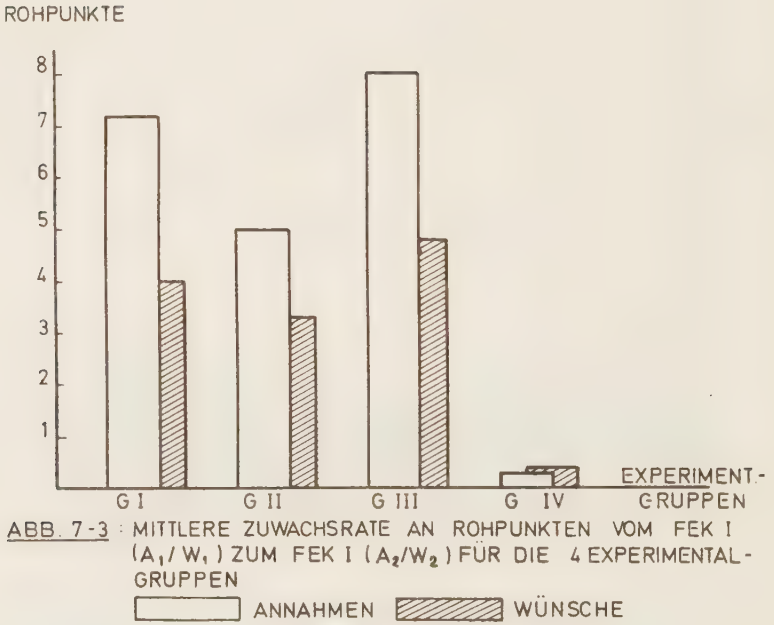


ABB. 7-3 : MITTLERE ZUWACHSRATE AN ROHPUNKTEN VOM FEK I (A_1/W_1) ZUM FEK I (A_2/W_2) FÜR DIE 4 EXPERIMENTAL-GRUPPEN

Tab. 7-15: 2-fache Varianzanalyse mit Meßwiederholung auf einem Faktor: Überprüfung der Effekte, die die drei GT-Einführungen (GT-Einführung vom Blatt; GT-Einführung vom Tonband mit allgemeinem Beispiel; GT-Einführung vom Tonband mit speziellem Beispiel) auf die Erwartungshaltung der Klienten, gemessen mit dem FEK I, haben. FAKTOR A: Einführungsart; FAKTOR B: Erwartungsveränderung; A x B: Wechselbeziehung zwischen Einführungsart und Erwartungsveränderung (x = p(o.o1)).

	Quelle	SAQ	FQ	MQ	F-Wert
FEK I (Annahmen)	Kl.[1] zwischen	152o.42	37		
	A (I, II, III)	277.96	2	138.98	3.92
	Fehler zw.	1242.46	35	35.5o	
	Kl. innerhalb	1338.oo	38		
	B (FEK I A_1/A_2)	875.84	1	875.84	7o.93 x
	A x B	3o.oo	2	15.oo	1.21
	Fehler innerh.	432.16	35	12.35	
FEK I (Wünsche)	Kl. zwischen	1741.44	37		
	A (I, II, III)	328.7o	2	164.35	4.o7
	Fehler zw.	1412.74	35	4o.36	
	Kl. innerhalb	598.5o	38		
	B (FEK I W_1/W_2)	3o8.o1	1	3o8.o1	38.o6 x
	A x B	7.21	2	3.6o	o.45
	Fehler innerh.	283.28	35	8.o9	

[1] Kl.: Klienten statt Vpn. (Versuchspersonen)

Um zu prüfen, ob die Gruppe II ihren zum Zeitpunkt der 1. Erwartungsmessung bereits bestehenden Vorsprung in den GT-konformen Erwartungen an den Therapeuten halten bzw. ausbauen konnte, wurde zusätzlich ein Mittelwertsvergleich der vier Experimentalgruppen zum Zeitpunkt 2 (nach der GT-Einführung) der Erwartungsmessung durchgeführt, der - im Vergleich mit den Ergebnissen des t-Tests aus der ersten Messung (vgl. Tab. 7-9, S. 171) - diese Einschätzung ermöglicht. Tabelle 7-16 gibt die Werte zum Zeitpunkt 2 der Erwartungsmessung wieder.

Tab. 7-16: Mittelwerte und Streuungen der Rohwertsummen im FEK I (A_2) und (W_2) für die 4 Experimentalgruppen (G I: N = 13; G II: N = 12; G III: N = 13; G IV: N = 14); die Unterschiede in der Beantwortung der Fragebogenteile zwischen den Gruppen, geprüft mittels t-Test für unabhängige Stichproben (x = p(o.5); xx = p(o.2)).

Mittelwerte und Streuungen im FEK I (A_2):

	M	σ
Gruppe I	2o.231	5.357
Gruppe II	23.583	5.435
Gruppe III	21.462	3.971
Gruppe IV	16.o71	7.651

Unterschiede zwischen den Gruppen im FEK I (A_2):

	t
G I / G II	1.44
G I / G III	o.64
G I / G IV	1.56
G II / G III	1.o7
G II / G IV	2.73 xx
G III / G IV	2.19 x

Mittelwerte und Streuungen im FEK I (W_2):

	M	σ
Gruppe I	16.ooo	3.873
Gruppe II	2o.75o	5.345
Gruppe III	18.615	4.823
Gruppe IV	14.786	6.459

Unterschiede zwischen den Gruppen im FEK I (W_2):

	t
G I / G II	2.45 x
G I / G III	1.46
G I / G IV	o.56
G II / G III	1.o1
G II / G IV	2.44 x
G III / G IV	1.67

Hatte die Gruppe II gegenüber den Gruppen I und III vor der Einführung in die GT überzufällig konformere Annahmen gezeigt, so zeigt sie diese jetzt gegenüber der Kontrollgruppe IV. Damit hat sich die Gruppe II in ihren Annahmen zwar signifikant zu ihrer Ausgangslage verbessert, doch gegenüber den Gruppen I und III an Vorsprung eingebüßt. Die Gruppen I und III haben sich so - relativ gesehen - stärker verändert.

Abbildung 7-2.1 (S. 182) zeigt den etwas stärkeren Anstieg der Annahmen bei den Gruppen I und III[1]. Da die Gruppe III sich zudem gegenüber der Gruppe IV als ebenfalls stark verschieden darstellt ($p = o.5$), die Gruppe I aber, bei nahezu gleichem Ausgangswert, sich jetzt nicht signifikant von der Gruppe IV unterscheidet, kann festgehalten werden, daß die Experimentalgruppe III sich in ihren Annahmen am stärksten verändern konnte (vgl. auch Abb. 7-3, S. 184).

Ein Vergleich der mittleren Rohwertsummen des FEK I (W_1) hatte einen sehr signifikanten Unterschied ($p = o.2$) zwischen den Gruppen II und I erbracht (vgl. Tab. 7-9, S. 171). Betrachtet man das Verhältnis nach der Einführung in das GT-Konzept, so ist dieser Unterschied zwischen den beiden Gruppen leicht zurückgegangen, jedoch weiterhin als signifikant ($p = o.5$) zu bezeichnen. Ein Verteilungsvergleich der FEK I (W)-Messungen vor und nach der Experimentalphase ergibt konsequenterweise für die Gruppe I eine etwas stärkere Veränderung der Verteilung als für die Gruppe II (vgl. Tab. 7-14, S. 181). Auch die Gruppe III hat

---

[1] Zur Erinnerung: die Experimentalgruppe I erhielt eine GT-Einführung vom Blatt; die Gruppe II eine GT-Einführung vom Tonband mit einem allgemeinen Beispiel aus einer Therapie; die Gruppe III erhielt ebenfalls eine GT-Einführung vom Tonband mit einem speziell auf die Erwartung eines direktiven Therapeutenverhaltens zugeschnittenen Gesprächsausschnitt aus einer Therapie; die Gruppe IV dient als Kontrollgruppe für den Erwartungsveränderungswert der angegebenen GT-Einführungen (genauere Ausführungen vgl. S. 104 ff.).

sich nach der Tabelle 7-14 in ihren Wünschen stärker verändert als die Gruppe II.

Die graphische Darstellung (Abb. 7-3, S. 184) der mittleren Rohpunktzuwachsrate der einzelnen Gruppen im FEK I (W_1) und FEK I (W_2) bestätigt den etwas größeren Zuwachs der Gruppen I und III gegenüber der Gruppe II, die aber ihren Vorsprung insgesamt mit einer mittleren Rohwertsumme von 2o.8 gegenüber den Gruppen I (mittlere Rohwertsumme zum Zeitpunkt 2 der Erwartungsmessung: 16) und III (mittlere Rohwertsumme zum Zeitpunkt 2 der Erwartungsmessung: 18.6) halten konnte.

7.5.3. Zusammenfassung und Beantwortung der Hypothese 2

Die Hypothese 2 lautet: Therapievorinformationen haben einen positiven Effekt auf die Veränderung dieser Erwartungshaltung (gemeint ist die Erwartung an ein direktives Therapeutenverhalten) des Klienten in Richtung auf das GT-Konzept. Therapievorinformationen, die die Motive, Einstellungen und Wünsche, die die Erwartungshaltung des Klienten beeinflussen, mitberücksichtigen, haben einen größeren Erwartungsveränderungswert als Therapievorinformationen, die eine Erwartungsänderung nur durch Wissensvermittlung hervorrufen wollen (vgl. Kapitel 5, S. 91).

Es zeigt sich, daß die ausgewählten Einführungen in die GT insgesamt einen positiven Effekt auf die Anpassung der Erwartungen an das Therapie-Konzept ausüben. Gleichzeitig wird aber auch deutlich, daß es den Klienten schwerer fällt, von ihren Wünschen an den Therapeuten Abstand zu nehmen. Im Gegensatz zur

1. Messung der Erwartungen weisen alle Gruppen, die eine Einführung erhielten, zum 2. Meßzeitpunkt deutliche Diskrepanzen zwischen ihren Annahmen und Wünschen auf.

Der von uns vermutete Vorteil der Einführung III in der Wirkung auf die Wünsche an den Therapeuten läßt sich nur tendenziell aufzeigen. Diese Gruppe zeigt im Gruppenvergleich insgesamt eine etwas stärkere Anpassungstendenz als die Gruppen I und II (s. Abb. 7-3, S. 184) verändert ihre Annahmen jedoch ebenfalls stärker als die Wünsche.

Interessant erscheint, daß die Gruppe II, die bereits GT-konformere Annahmen und Wünsche mit in die Untersuchung brachte, sich im Gruppenvergleich etwas weniger veränderte als die beiden Gruppen I und III. Es kann vermutet werden, daß die GT-Einführungen bei starker Unwissenheit hinsichtlich des Therapiekonzepts allgemein einen größeren Informationswert besitzen, dagegen über eine bestimmte Akzeptierungsschwelle hinaus weniger Einfluß ausüben. Die Tatsache, daß die Gruppe II gerade ihre Wünsche gegenüber den Gruppen I und III, die von einer niedrigen Ausgangsbasis ausgingen, deutlich weniger verändert hat (vgl. Tab. 7-14, S. 181), gibt einige Hinweise für diese Vermutung.

In Beantwortung der Hypothese 2 kann zusammenfassend gesagt werden, daß die GT-Einführungen insgesamt geeignet sind, die Erwartungen eines Klientels, wie es dieser Untersuchung zugrundeliegt, zu verändern. Der postulierte deutliche Vorteil der GT-Einführung III bestätigte sich nicht.

Alle Einführungen haben die Wünsche der Klienten weniger dem Therapiekonzept angepaßt als die Annahmen. Damit haben sie vorwiegend Wissen vermitteln können und eine positiv emotionale Auseinandersetzung mit

den eigenen Wünschen und den Anforderungen des GT-Konzepts weniger ermöglicht. Es bleibt zu prüfen, ob und wie sich dies auf das Therapieverhalten ausgewirkt hat.

7.6. Das Therapieverhalten der Klienten

In der Hypothese 3 (s. S. 92) haben wir postuliert, daß Klienten, die nach der GT-Einführung die Vorgehensweise dieser Therapieform auch emotional akzeptieren, insgesamt mehr von der Therapie profitieren:
- Sie zeigen weniger Zweifel am Therapiekonzept,
- sie bleiben insgesamt länger in der Therapie,
- sie sind recht zufrieden und haben sich durch die Therapie positiv verändern können.

Da wir aufgrund der gleichmäßigen Veränderungen der Wunschkomponente der Erwartung innerhalb der drei Experimentalgruppen annehmen müssen, daß der subjektive Freiheitsgrad in der Bejahung des Therapeutenverhaltens als Methode zur Erreichung des Ziels (Problemlösung) bei allen Klienten gleichermaßen ausgeweitet werden konnte, dürften sich die Gruppen I, II und III in der Therapiephase nicht wesentlich voneinander unterscheiden. Um dies zu untersuchen, sollen von uns zu folgenden Punkten weitere Aussagen gemacht werden:
- Ansprechen der Erwartungen in der ersten Therapiestunde,
- Anzahl der erhaltenen Therapiestunden,
- Veränderungen durch die Therapie,
- Zufriedenheit mit dem Therapeuten und der Therapie

Die Kontrollgruppe IV, die aus den bereits erwähnten Gründen im Anschluß an die Erwartungsmessung nach der

GT-Vorinformationsphase ebenfalls eine der drei Therapieeinführungen erhielt, wird dabei außer acht gelassen. Der ursprüngliche Plan, diese Gruppe je nach erhaltener Einführungsart auf die drei anderen Gruppen aufzuteilen und so während der Therapiephase mitzuberücksichtigen, mußte aufgegeben werden, da sich - wie wir noch sehen werden - die Gruppen I, II und III in entscheidenden Bedingungen für den Verlauf der Therapie unterscheiden. Eine isolierte Betrachtung der nach der jeweiligen GT-Einführung bezeichneten Untergruppen der Gruppe IV scheidet aufgrund der zu kleinen Gruppengröße aus. Eine Untergruppe enthält z.B. nur 3 Klienten.

7.6.1. Ansprechen der Erwartungen in der 1. Therapiestunde

Aussagen zu diesem Punkt können nur deskriptiv erfolgen, da eine systematische Auswertung der Tonbänder aufgrund der teilweise schlechten Tonqualität unmöglich wurde.

Insgesamt konnten von den Klienten der Gruppe I, II und III 22 Erstgespräche analysiert werden. Da die Verteilung auf die Gruppen einigermaßen ausgeglichen ist (G I: N = 8, G II: N = 7, G III: N = 7), scheint ein Vergleich möglich.

Der erste Kontakt wurde von unabhängigen Beurteilern[1] nach Einführung in die zu untersuchende Problematik vom Tonband daraufhin abgehört, ob die Klienten Erwartungen, die im Zusammenhang mit dem FEK I ange-

[1] Bei den Beurteilern handelte es sich um Psychologiestudenten des 5. - 7. Semesters.

sprochen wurden, in der Therapiestunde thematisierten. Dabei mußte der Klient seine Erwartungen direkt aussprechen. Es genügte nicht, wenn er nur indirekt seine Annahmen und Wünsche einfließen ließ.

Das rein quantitative Ergebnis zeigt die Abbildung 7-4. Von den untersuchten Klienten der Gruppe I sprachen 75 % ihre Erwartungen in der ersten Therapiestunde gegenüber ihrem Therapeuten an, während sich in den Gruppen II und III nur jeweils 14 % dazu äußerten.

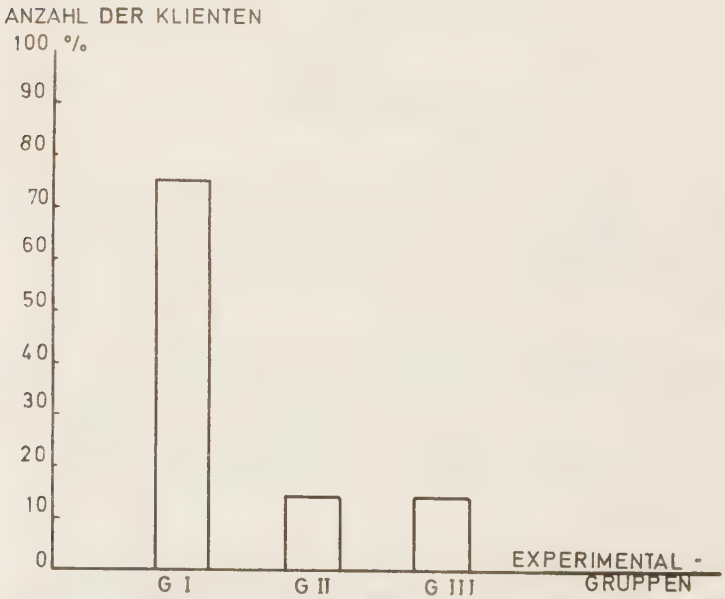


ABB. 7-4: ANZAHL DER KLIENTEN (IN %) IN DEN EXPERIMENTALGRUPPEN I, II UND III, DIE IHRE ERWARTUNGEN IN DER 1. THERAPIESTUNDE ANSPRECHEN.

Da nicht alle Gespräche eingeschätzt bzw. untersucht werden konnten, kann dieser Unterschied nicht ohne weiteres interpretiert werden. Interessant erscheint

uns deshalb ein kurzer Überblick über den Inhalt der angesprochenen Erwartungen.

So sprachen die Klienten der Gruppe I vorwiegend folgende Punkte an:
- Wunsch nach Stellungnahme des Therapeuten zu den Problemen,
- Argwohn gegenüber der Therapieform ("sie nützt sowieso nichts"),
- Unwissenheit über das, was die Therapie will und kann.

Die Klienten der Gruppe II
- wünschten sich ebenfalls Ratschläge vom Therapeuten,
- wollten aber z.T. dagegen kämpfen, weil sie unabhängig sein möchten,
- fanden die Anforderungen der GT eher akzeptabel,
- wünschten sich einen freundlichen Therapeuten, keinen 'Problemlöser'.

Die Klienten der Gruppe III
- stellten das Konzept der GT in Zweifel.

Bei der inhaltlichen Betrachtung der angesprochenen Erwartungen fällt auf, daß die Gruppe I sich - im Gegensatz zu den anderen Gruppen - häufiger über das Konzept uninformiert zeigt und weitere Hinweise vom Therapeuten erwartet. Vorsichtig interpretiert könnte man sagen, daß die Information über das Konzept der GT vom Merkblatt eher das Bedürfnis nach weiterer Information ausgelöst hat (vgl. S. 84) als die anderen beiden Einführungsarten. Eventuell ist das vermehrte Ansprechen der Erwartungen dieser Gruppe in diesem Zusammenhang zu sehen.

Leider müssen die Aussagen zu diesem Punkt so vage bleiben, da eine genauere Analyse unter den gegebenen Umständen nicht durchführbar ist.

7.6.2. Anzahl der Therapiestunden

In zahlreichen empirischen Untersuchungen, die wir z.T. im Kapitel 3 dieser Arbeit anführten, wird ein Zusammenhang zwischen enttäuschten Erwartungen und Therapieabbruch festgestellt. GARFIELD (1971) war nach Durchsicht mehrerer repräsentativer Studien zu der Auffassung gelangt, daß die ersten 4 - 6 Therapiestunden einen kritischen Wert zwischen 'Terminator' und 'Remainer' darstellen (vgl. S. 33 f.). Allerdings war auch darauf hingewiesen worden, daß diesen Zahlen eine gewisse Willkür nicht abzusprechen ist. Um das Problem zu durchleuchten, werden wir in zweifacher Weise vorgehen:

- Zum einen werden wir unsere Experimentalgruppen hinsichtlich der Therapiestundenanzahl vergleichen;
- zum anderen werden wir zwei Gruppen bilden, die sogenannte 'Terminators'- und die 'Remainers'-Gruppe, und diese hinsichtlich der Erwartungsveränderung von der 1. zur 2. Vorgabe des FEK I vergleichen. Zur 'Terminators'-Gruppe werden alle Klienten gezählt, die innerhalb der ersten 5 Therapiestunden die Therapie aufgaben, zur 'Remainers'-Gruppe werden alle Klienten gezählt, die einschließlich der 8. Stunde Therapie erhielten. Die Zwischengruppe mit 6 und 7 Stunden wird nicht berücksichtigt, um zwischen den 'Terminators' und 'Remainers' schärfer zu trennen.

7.6.2.1. Gruppenvergleich hinsichtlich der Therapiestundenanzahl

Tabelle 7-17 gibt die durchschnittliche Therapiestundenanzahl in den drei Experimentalgruppen wieder. Es wurde der U-Test von MANN-WHITNEY für den Vergleich unabhängiger Stichproben berechnet, da der BARTLETT-

Test keine Varianzgleichheit zwischen den Gruppen ergab (der χ^2-Wert von 37.4 lag höher als der nach der Tafel zulässige Wert von χ^2 = 7.81). Aus diesem Grund konnte die einfache Varianzanalyse nicht gerechnet werden.

Tab. 7-17: Mittelwerte und Streuungen in der Therapiestundenanzahl für die Experimentalgruppen G I: N = 13; G II: N = 12; G III: N = 13; Vergleich zwischen den Gruppen, durchgeführt mittels U-Test von MANN-WHITNEY (x = p(o.o25); einseitige Fragestellung[1].

Mittelwerte und Streuungen:

	M	σ
Gruppe I	6.6	2.o6
Gruppe II	5.5	2.78
Gruppe III	7.9	o.28

Vergleich zwischen den Gruppen:

	U
G I / G II	58.o
G I / G III	56.5
G II / G III	35.5 x

Danach bleiben die Klienten der Einführungsgruppe III deutlich länger in der Therapie als die Klienten der anderen Gruppen; gegenüber der Gruppe II besteht sogar ein signifikanter Unterschied (p = o.o25).

[1] Da in diesem Fall die Fragestellung lautet: Bleibt die Gruppe III länger als die Gruppen I und II in der Therapie, ist eine einseitige Fragestellung gegeben und damit ein einseitiger Test angebracht (vgl. CLAUSS & EBNER, 1972, S. 181).

Eine prozentuale Aufschlüsselung ergibt, daß die Klienten der Gruppe III zu 92.3 % bis zur 8. Therapiestunde einschließlich blieben, während in der Gruppe II 58.3 % und in der Gruppe I 38.5 % der Klienten die Therapie vor der 8. Therapiestunde aufgaben. Damit taucht die Vermutung auf, daß der tendenzmäßig stärkere Anstieg in GT-konformen Erwartungen, den wir gegenüber den anderen Gruppen in der Gruppe III beobachten konnten, für das längere Verweilen in der Therapie ausschlaggebend sein könnte.

Eine genauere Antwort läßt sich allerdings erst im Zusammenhang mit den weiteren Ergebnissen formulieren.

7.6.2.2. Vergleich der 'Terminators'- und 'Remainers'-Gruppe bezüglich des Erwartungsänderungsausmaßes

Um die vermutete Wechselbeziehung zwischen Erwartungsänderung und Therapiestundenanzahl bestimmen zu können, wurde die Erwartungsänderung innerhalb der von uns als 'Terminators' und 'Remainers' definierten Gruppen wieder mittels '2-facher Varianzanalyse' bestimmt.

Es zeigt sich (s. Tab. 7-18, S. 197) wieder eine sehr signifikante ($p = 0.01$) Veränderung auf beiden Erwartungsebenen. Wie bisher liegt der F-Wert bei den Wünschen etwas niedriger als bei den Annahmen. Dagegen ergibt sich in der Wechselwirkung zwischen A und B kein Unterschied. Die Gruppe der 'Terminators' und die Gruppe der 'Remainers' haben ihre Annahmen und Wünsche danach in vergleichbarem Ausmaß verändert.

Tab. 7-18: 2-fache Varianzanalyse mit Meßwiederholung auf einem Faktor: Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Therapiestundenanzahl und Erwartungsveränderung, gemessen mit dem FEK I. FAKTOR A: Gruppeneinteilung in 'Terminator' und 'Remainer'; FAKTOR B: Erwartungsveränderung; A x B: Wechselwirkung zwischen Therapiestundenanzahl und Erwartungsveränderung (x = p(o.o1)).

	Quelle	SAQ	FQ	MQ	F-Wert
FEK I (Annahmen)	Kl.[1] zwischen	1485.24	33		
	A (1-5; 8 Std.)	2.o7	1	2.o7	o.o4
	Fehler zwischen	1483.17	32	46.35	
	Kl. innerhalb	1227.oo	34		
	B (FEK I A_1/A_2)	833.oo	1	833.oo	67.86 x
	A x B	1.21	1	1.21	o.1o
	Fehler innerh.	392.8o	32	12.27	
FEK I (Wünsche)	Kl. zwischen	1673.47	33		
	A (1-5; 8 Std.)	3.28	1	3.28	o.o6
	Fehler zwischen	167o.2o	32	52.19	
	Kl. innerhalb	544.oo	34		
	B (FEK I W_1/W_2)	264.o6	1	264.o6	3o.44 x
	A x B	2.31	1	2.31	o.27
	Fehler innerh.	277.63	32	8.68	

[1] Kl.: Klienten statt Vpn. (Versuchspersonen)

In der graphischen Veranschaulichung des durchschnittlichen Zuwachses an GT-konformen Annahmen und Wünschen ist allerdings ein leichter Unterschied zwischen den Gruppen bemerkbar. Nach Abbildung 7-5 verzeichnet die Gruppe der 'Terminators' einen Zuwachs an Rohpunkten im FEK I A_2 von 5.3 Punkten gegenüber der 'Remainers'-Gruppe, die sich im Durchschnitt um 7.6 Punkte verbesserte. Bei den Wünschen ergibt sich ein Zuwachs von 2.2 Punkten im FEK I W_2 bei den 'Terminators' gegenüber 4.6 Punkten bei den 'Remainers'. Die Tatsache, daß sich diese Tendenz nicht im statistischen Vergleich niederschlägt, mag in der recht klei-

nen Stichprobe ('Terminators'-Gruppe, N = 9; 'Remainers'-Gruppe, N = 25) begründet liegen.

Da die Länge der Therapie allein noch keine Aussagen über den Erfolg der Behandlung macht, wollen wir uns nun zunächst den 'objektiven' und 'subjektiven' Veränderungen, die aufgrund der therapeutischen Behandlung innerhalb der einzelnen Gruppen entstanden sind, zuwenden, um in der Gesamtbetrachtung auf die hier angesprochenen Beobachtungen noch einmal zurückzukommen.

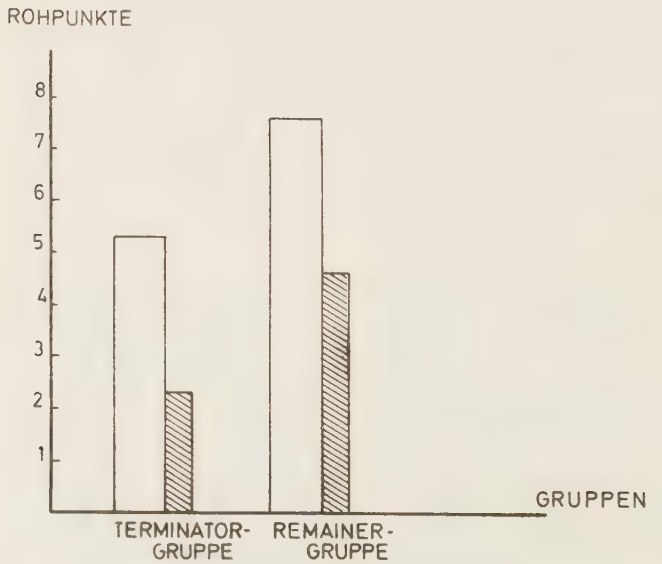


ABB. 7 - 5 MITTLERE ZUWACHSRATE AN ROHPUNKTEN VOM FEK I (A_1 /W_1) ZUM FEK I (A_2/W_2) FÜR DIE GRUPPE DER 'TERMINATORS' (1-5 THERAPIESTUNDEN) UND DIE GRUPPE DER 'REMAINERS' (8 THERAPIESTUNDEN)
□ ANNAHMEN ▨ WÜNSCHE

7.6.3. Veränderungen nach der Therapiebehandlung

In diesem Abschnitt geht es nicht darum, zu beweisen, daß die GT Veränderungen bewirken kann; vielmehr wollen wir vergleichen, ob die Gruppen sich überhaupt, und wenn, wie unterschiedlich verändert haben. Wir werden dazu einen Vergleich der Meßwerte aus dem FPI A und E.N.NR. (I) mit den entsprechenden Werten des FPI B und E.N.NR. (II) und somit ein 'objektives' Maß der Veränderungen erheben. Zum anderen werden wir die 'subjektiven' Einschätzungen der Klienten in den drei Gruppen im Hinblick auf die erlebten Veränderungen und die Einschätzung der gesamten Therapie betrachten. Die grundsätzliche Frage bleibt dabei, ob die Gruppe III, die sich durch einen leicht stärkeren Anstieg in den Erwartungen und durch eine deutlich längere Therapiedauer auszeichnete, auch hinsichtlich dieser Dimensionen von den beiden anderen Gruppen unterschieden werden kann.

Da nach übereinstimmenden empirischen Ergebnissen (vgl. Kapitel 3) der Therapeut für den Therapie'erfolg' aber eine, wenn nicht die wesentliche Komponente darstellt, soll zunächst dieser Faktor näher untersucht werden, um zu sehen, ob die Gruppen vergleichbar gute Chancen hatten.

7.6.3.1. Die Therapeuten

Wir können anhand der vorliegenden Daten die Therapeuten, die die Klienten dieser Stichprobe behandelten, in zweifacher Hinsicht kennzeichnen:

- Einschätzung durch die Trainer: Da die Therapeuten sich noch in der Ausbildung befanden und unter ständiger Supervision ihrer Trainer standen, liegt für

jeden Therapeuten eine Beurteilung vor, die angibt, wie gut der jeweilige Therapeut bereits das GT-Verhalten realisiert.

- Einschätzung durch die Klienten: Durch die Vorgabe des FEK II, in dem die Klienten das Verhalten ihres Therapeuten auf den für diese Untersuchung wichtigen Dimensionen einschätzen sollten, ist eine zusätzliche Kontrollmöglichkeit gegeben. So kann festgestellt werden, ob die Therapeuten sich über die Realisierung bestimmter Variablen wie 'Echtheit', 'Wärme' und 'Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte' (vgl. die Darstellung des GT-Konzepts im Kapitel 2) hinaus GT-gemäß verhalten haben bzw. die Klienten das Verhalten GT-gemäß interpretierten.

7.6.3.1.1. Einschätzungen durch die Trainer

Mit einer mittleren Note von 3.05 und einer Streuung von 1.07 wurden die Therapeuten allgemein noch als etwas unsicher in ihrem GT-Verhalten eingeschätzt (vgl. Notenspiegel Tab. 7-19). Wenn man bedenkt, daß die Therapiekontakte mit den Klienten dieser Stichprobe für die meisten Juniortherapeuten die ersten 'Echt'-Therapien (d.h. Therapien unter ernsthaften und nicht gestellten Bedingungen) waren, so ist diese Einschätzung nicht verwunderlich.

Tab. 7-19: Notenspiegel für die Therapeutengüte der Juniortherapeuten (N = 36)

Note	Zahl der Nennungen
(1) ziemlich gut	7
(2) gut	7
(3) befriedigend	13
(4) noch Defizite	9
Summe	36

Wichtiger erscheint uns die Überprüfung der Therapeutenverteilung in den drei Klientengruppen und damit die Beantwortung der Frage, ob die 'guten' Therapeuten überzufällig häufig Klienten einer bestimmten Gruppe therapierten.

Eine Prüfung der Gruppen bezüglich der mittleren Therapeutengüte (gemessen in Noten) mittels U-Test von MANN-WHITNEY zeigt keine signifikanten Unterschiede. Damit kann angenommen werden, daß jede Gruppe sowohl 'gute' als auch 'weniger gute' Therapeuten erhalten hat (vgl. Tab. 7-2o).

Tab. 7-2o: Mittelwerte und Streuungen in der Therapeutengüte (gemessen in Noten) für die Experimentalgruppen G I: N = 13, G II: N = 12, G III: N = 13. Vergleich zwischen den Gruppen, durchgeführt mittels U-Test von MANN-WHITNEY.

Mittelwerte und Streuungen:

	M	σ
Gruppe I	2.3	1.1o
Gruppe II	3.o	o.95
Gruppe III	2.7	1.18

Vergleich zwischen den Gruppen:

	U
G I / G II	5o.o
G I / G III	68.o
G II / G III	67.5

7.6.3.1.2. Einschätzungen durch die Klienten

Die höchstmögliche Rohwertsumme im FEK II beträgt (wie im FEK I) 3o Punkte. Wie aus Tabelle 7-21 ersichtlich, erreichten die Klienten insgesamt, aber auch innerhalb der Gruppen, einen recht hohen Wert.

Tab. 7-21: Mittelwerte und Streuungen der Rohwertsummen im FEK II. A: für die Gruppen I, II und III (N = 38) zusammen; B: getrennt nach G I: N = 13, G II: N = 12, G III: N = 13; Vergleich zwischen diesen Gruppen, durchgeführt mittels U-Test von MANN-WHITNEY.

A: Mittelwert und Streuung:

	M	σ
Gruppe I, II, III	27.13	1.92

B: Mittelwerte und Streuungen:

	M	σ
Gruppe I	27.o8	1.8o
Gruppe II	27.92	1.31
Gruppe III	26.54	2.3o

Vergleich zwischen den Gruppen:

	U
G I / G II	49.o
G I / G III	74.o
G II / G III	53.o

Damit haben die Klienten das Verhalten des Therapeuten, insgesamt gesehen, als GT-konform eingeschätzt. Ein Unterschied zwischen den Gruppen ergibt sich nicht.

Somit kann angenommen werden, daß die drei Experimentalgruppen während der Therapiephase vergleichbaren therapeutischen Bedingungen unterworfen waren.

7.6.3.2. Veränderungen anhand 'objektiver' Daten

Der Vergleich der Meßwerte im FPI und E.N.NR. vor und nach der Therapie mittels '2-facher Varianzanalyse' (Tab. A-3, s. Anhang S. 263) zeigt auf folgenden Skalen signifikante Veränderungen für die Gruppen I, II und III:

E.N.NR.	1 - Extraversion	(sign. auf d. 5 % Niveau)
FPI	1 - Nervosität	(sign. auf d. 1 % Niveau)
FPI	3 - Depressivität	(sign. auf d. 1 % Niveau)
FPI	6 - Gelassenheit	(sign. auf d. 5 % Niveau)
FPI	12 - Maskulinität	(sign. auf d. 5 % Niveau)

Betrachtet man die Richtung der Veränderung, so haben sich die Klienten auf diesen Dimensionen im Sinne der Annäherung an den Normalbereich (Standardwerte 9 - 6) verbessert (s. Abb. A-o.1 - A-o.3 im Anhang S. 266f). Eine Wechselwirkung zwischen GT-Einführungsart und Veränderung nach der Therapie zeigt sich nur auf der Skala 1 des E.N.NR. Hier hat sich die Gruppe II deutlich stärker verändert als die Gruppen I und III, die allerdings bereits einen günstigeren Ausgangswert aufwiesen (vgl. Abb. 7-6, S. 2o4).

Vergleicht man die Meßwertverteilung auf den angegebenen Skalen zwischen den Gruppen I, II und III vor der Therapie und nach der Therapie bzw. zum Zeitpunkt der 3. Testsitzung, so hat eine deutliche Angleichung der Werte zwischen den Gruppen stattgefunden. Unterschieden sich die Gruppen II und III vor Therapiebeginn signifikant auf der Skala 1 (Nervosität) und Skala 12 (Maskulinität) im FPI, so sind die Verteilungen innerhalb der Gruppen zum Zeitpunkt 2 der Messung nicht mehr verschieden. Tabelle 7-22 gibt die mittleren Werte auf den Skalen 1 (Nervosität), 3 (Depressivität), 6 (Gelassenheit) und 12 (Maskulinität) des FPI sowie der Skala 1 (Extraversion) des E.N.NR.

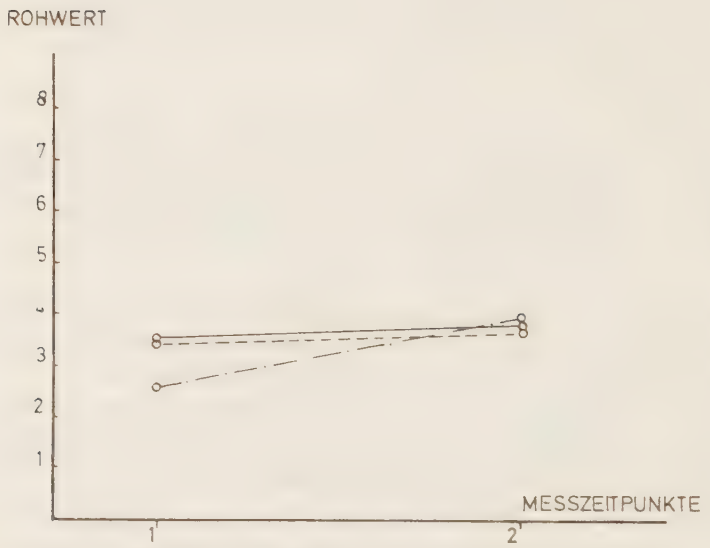


ABB. 7-6: MITTLERE ROHWERTE AUF DER SKALA 1 (EXTRAVERSION) IM E.N.NR. FÜR DIE EXPERIMENTALGRUPPEN I, II UND III ZUM MESSZEITPUNKT 1 (VOR DER THERAPIE) UND ZUM MESSZEITPUNKT 2 (NACH DER THERAPIE bzw. NACH DER 8. THERAPIESTUNDE).
o------o GRUPPE I o-.-.-o GRUPPE II
o———o GRUPPE III

wieder. Außerdem werden die jeweiligen Streuungen und die Unterschiede zwischen den Gruppen zu beiden Meßzeitpunkten dargestellt. Dem Normalbereich im FPI am nächsten liegt die Gruppe II, die aber auch vor der Therapie bereits weniger auffällige Werte zeigte.

Tab. 7-22: Mittelwerte und Streuungen auf den Skalen 1(Nervosität), 3 (Depressivität), 6 (Gelassenheit) und 12 (Maskulinität) des FPI, sowie der Skala 1 (Extraversion) des E.N.NR. für die Experimentalgruppen G I: N = 13; G II: N = 12; G III: N = 13; Vergleich zwischen den Gruppen, durchgeführt mittels U-Test von MANN-WHITNEY.[1] A: vor der Therapie; B: nach der Therapie bzw. der 8. Therapiestunde (x = p(o.5); xx = p(o.1)).

A: Mittelwerte und Streuungen im Vortest:

	G I		G II		G III	
	M	σ	M	σ	M	σ
FPI-A						
1	6.7	1.8	5.7	1.6	7.2	1.8
3	7.5	1.2	6.8	1.7	7.5	1.3
6	2.5	o.8	2.6	1.6	2.7	1.1
12	3.o	1.3	3.6	1.2	2.1	1.3
E.N.NR. (I)	3.4	1.4	2.6	1.4	3.7	1.7

Vergleich zwischen den Gruppen:

für Skala 1 (Nervosität) im FPI-A: G II / G III:
U = 4o.o x

für Skala 12 (Maskulinität) im FPI-A: G II / G III:
U = 3o.o xx

B: Mittelwerte und Streuungen im Nachtest:

	G I		G II		G III	
	M	σ	M	σ	M	σ
FPI-B						
1	6.2	1.9	4.9	2.4	5.8	2.o
3	6.7	2.1	5.4	2.2	6.2	2.4
6	3.3	1.8	3.4	1.8	3.5	1.8
12	3.2	1.3	4.2	2.o	3.3	1.o
E.N.NR.(II)						
1	3.7	1.6	3.9	2.3	3.5	1.7

[1] Es sind nur die Vergleiche angeführt, die zu einem signifikanten Ergebnis führten.

7.6.3.3. Veränderungen anhand 'subjektiver' Daten

Subjektive Einschätzungen, d.h. Beurteilungen der Klienten selbst zum Therapiegeschehen, liegen aus dem FEK II und dem TNB vor. Die Zusatzkategorie des FEK II ermöglicht nachträglich eine Beurteilung des Therapeutenverhaltens, während der TNB eher eine Gesamtkritik zum Therapieablauf und -erfolg erhebt.

7.6.3.3.1. Nachträgliche Beurteilung des Therapeutenverhaltens

Um eine nachträgliche Beurteilung des für die meisten Klienten nicht erwarteten Therapeutenverhaltens (vgl. Beantwortung des FEK I zum Zeitpunkt 1 der Messung, S. 158 ff.) zu erhalten, war der FEK II mit einer Zusatzkategorie versehen worden, die erheben sollte, wie viel bzw. wie wenig es den Klienten ausgemacht hat, daß die Therapeuten sich in der beschriebenen Weise verhalten haben.

Ein Vergleich der Häufigkeiten, mit der die Klienten in den drei Gruppen jeweils eine der vier Kategorien gewählt haben, zeigt keine deutlichen Unterschiede zwischen den Gruppen. Alle wählten die Kategorie 'gar nichts' am häufigsten (s. Tab. 7-23, S. 207). In der Gruppe II zeigt sich eine leichte Tendenz, die Kategorie 'sehr viel' weniger zu wählen. Allgemein kann aber gesagt werden, daß keine Gruppe das Verhalten des GT-Therapeuten grundsätzlich abgelehnt hat.

Tab. 7-23: Wahl der vier Zusatzkategorien (gar nichts, kaum etwas, weniger, sehr viel) im FEK II in den Experimentalgruppen G I: N = 13; G II: N = 12; G III: N = 13. Unterschiede zwischen den Gruppen, überprüft mittels Chiquadrat-Test (Angaben in Prozent (%)).

	G I	G II	G III
Z 1 gar nichts	31.5	41.9	37.4
Z 2 kaum etwas	19.3	2o.9	21.8
Z 3 weniger	23.3	2o.9	21.8
Z 4 sehr viel	25.9	16.6	23.6
χ^2 = 4.61	19.7[1]	C = o.12	

7.6.3.3.2. Beurteilung der Gesamttherapie

Die Ergebnisse des TNB (vgl. den Gesamtfragebogen im Anhang S. 302) werden wir in zweifacher Hinsicht analysieren. Zu den Fragen 1, 3, 4, 5, 1o und 12 werden die prozentualen Häufigkeiten angegeben, mit der die einzelnen Gruppen die jeweilige Kategorie gewählt haben, und relevante Unterschiede mittels χ^2 bestimmt. Für die übrigen Fragen läßt sich ein Mittelwert pro Gruppe errechnen und der jeweilige Unterschied in der Verteilung zwischen den Gruppen mittels U-Test ermitteln. Die Prüfung der Meßwerte auf Normalverteilung hatte gerade für die Daten des TNB keine normale Verteilung ergeben, so daß hier parametrische Verfahren nicht angewandt werden können.

Zunächst erfolgt also der Gruppenvergleich hinsichtlich der Fragen 1, 3, 4, 5, 1o und 12. Tabelle 7-24 gibt die Wahlhäufigkeit der jeweiligen Kategorien in Prozent an.

[1] Tafelwert für Chiquadrat

Tab. 7-24: Wahl der verschiedenen Kategorien im TNB für die Fragen 1, 3, 4, 5, 1o und 12 in den Experimentalgruppen G I: N = 13; G II: N = 12; G III: N = 13. Unterschiede zwischen den Gruppen, geprüft mittels Chiquadrat-Test[1] (Angaben in Prozent (%)).

	G I	G II	G III
Frage 1: Falls Sie die Therapie beendet haben, was führte zur Beendigung der Therapie?			
(1) mein Entschluß	42.8	71.4	o
(3) wechsels. Übereinkunft	28.6	28.6	8o
(4) äußere Faktoren	28.6	o	2o
χ^2 = 133.1 26.1[2]	C = o.55		
Frage 3: Hätten Sie lieber einen anderen Therapeuten gehabt?			
(1) Ja	7.7	9.1	8.3
(2) Nein	92.3	9o.9	91.7
Frage 4: Hätten Sie lieber einen weiblichen/männlichen Therapeuten gehabt?			
(1) Ja	23.1	37.5	7.7
(2) Nein	76.9	62.5	92.3
χ^2 = 25.3 2o.5	C = o.28		
Frage 5: Hätten Sie lieber eine andere Behandlungsart gehabt?			
(1) Ja	53.8	36.4	38.5
(2) Nein	46.2	63.6	61.5
Frage 1o: Litten Sie zur Zeit des Therapiebeginns unter Angsterlebnissen?			
(1) Ja	76.9	41.7	61.5
(2) Nein	23.1	58.3	38.5
χ^2 = 25.9 2o.5	C = o.28		
Frage 12: Hatten Sie vor Beginn der Psychotherapie einen Arzt aufgesucht?			
(1) Ja	42.6	33.3	53.8
(2) Nein	57.4	66.7	46.2
χ^2 = 11.3 11.1	C = o.19		

[1] Es sind nur die Vergleiche angeführt, die zu einem signifikanten Ergebnis führten.
[2] Tafelwert für Chiquadrat

In der Beantwortung der Frage 1 im TNB gab keiner der Klienten an, daß der Therapeut die Therapie abgebrochen bzw. von sich aus als beendet erklärt hat, was dem Konzept der GT auch widersprechen würde. Von den Klienten, die innerhalb der beobachteten 8 Therapiestunden ihre Behandlung abschlossen, haben die Klienten der Gruppen I und II dies deutlich häufiger als eigenen Entschluß angesehen als die Klienten der Gruppe III, die ihren Entschluß scheinbar eher in Übereinkunft mit dem Therapeuten wählten.

Mit ihrem Therapeuten war die Mehrzahl der Klienten zufrieden; Unterschiede zwischen den Gruppen ergeben sich nicht. Dagegen hätten die Klienten der Gruppen I und II schon lieber einen gegen-geschlechtlichen Therapeuten gehabt[1], während sich die Gruppe III auch hier zufriedener zeigt.

Frage 5 (Hätten Sie lieber eine andere Behandlungsart gehabt?) wird auffallend häufig von den Klienten bejaht. In der Gruppe I wird der Wunsch am stärksten deutlich, während hier die Gruppe II sich schon eher mit der Methode einverstanden erklärt. Ein überzufälliger Unterschied zwischen den Gruppen ergibt sich allerdings nicht.

Von Angsterlebnissen zur Zeit des Therapiebeginns berichten die Gruppen I und III häufiger als die Gruppe II; beide Gruppen haben auch deutlich häufiger vor der Gesprächspsychotherapie einen Arzt aufgesucht.

Zusammenfassend kann zu den genannten Punkten festgehalten werden, daß die Klienten in allen drei Gruppen

---

[1] Zur Erinnerung sei gesagt, daß sieben gegengeschlechtliche Klienten-Therapeutenpaare in die Untersuchung eingehen; auf die Gruppen sind diese wie folgt verteilt: G I 2 Paare; G II 1 Paar; G III 2 Paare und die hier nicht weitere berücksichtigte Gruppe IV 2 Paare (vgl auch Tab. 6-2, S. 115).

mittlere Zufriedenheit mit der Behandlung anzeigen. Eine Überprüfung des Zusammenhanges zwischen Zufriedenheit mit der Therapie, Angsterlebnissen vor der Therapie, vorheriger Ärztkonsultation und Beantwortungstendenz im FEK I vor und nach der GT-Einführung ergibt nach Tabelle 7-25 nur zwischen der Beantwortung des FEK I W_1 (Wunschteil) und der Frage 1o einen überzufälligen Zusammenhang ($p = o.5$). Danach haben Klienten, die vor Therapiebeginn keine Ängste erlebten, eher GT-konforme Wünsche gezeigt als die Klienten, die von starken Ängsten betroffen waren. Nach der GT-Einführungsphase ist dieser Zusammenhang nicht mehr zu beobachten.

Tab. 7-25: Rangkorrelationen nach SPEARMAN zwischen den Fragen 3, 4, 5, 1o und 12 im TNB und den Rohwertsummen im FEK I (A_1), (W_1), (A_2) und (W_2) ($x = p(o.5)$).

TNB	A_1	W_1	A_2	W_2
3	o.151	o.1o9	o.298	o.198
4	-o.o13	o.o59	o.219	o.17o
5	o.135	o.113	o.157	o.15o
1o	o.233	o.373 x	o.2o9	o.224
12	o.o39	o.o66	o.2o1	o.164

Zum Schluß wollen wir noch die übrigen Fragen des TNB unter dem Gesichtspunkt des Gruppenunterschiedes in der Beantwortungstendenz betrachten. Tabelle 7-26, S. 211 gibt diese Mittelwerte, Streuungen und Unterschiede zwischen den Gruppen wieder.

Danach zeigt sich die Gruppe III mit der Therapie insgesamt zufriedener als die Gruppen I und II; gegenüber der Gruppe II besteht sogar ein signifikanter Unterschied ($p = o.5$). Auf allen übrigen Dimensionen

Tab. 7-26: Mittelwerte und Streuungen auf den Skalen 2, 6, 7, 8, 9, 11 und 13 im TNB für die Experimentalgruppen G I: N = 13; G II: N = 12; G III: N = 13. Vergleich zwischen den Gruppen, geprüft mittels U-Test von MANN-WHITNEY[1] (x = p(o.5)).
Erläuterung: Werte um 1 bedeuten auf die jeweilige Fragestellung bezogen ein Plus; Werte > 3 bedeuten ein Minus.

TNB	G I		G II		G III	
	M	σ	M	σ	M	σ
Frage 2: Zufriedenh. mit Therapie	3.92	1.6o	3.16	1.46	4.3o	o.89

Vergleich zwischen den Gruppen G II und G III: U = 4o.5 x

TNB	G I		G II		G III	
	M	σ	M	σ	M	σ
Frage 6: weiteres Bedürfnis n. Therapie	2.92	o.75	3.66	1.33	3.15	o.97
Frage 7: seit wann Therapiebedürfnis	2.76	1.48	3.5o	1.24	3.58	1.9o
Frage 8: Höhe der Beeinträcht. vor der Th.	1.84	o.68	2.16	1.11	1.76	o.43
Frage 9: Stärke der Veränderung d. d. Th.	2.46	1.o5	2.33	1.o7	2.69	o.56
Frage 11: Motivation	4.92	o.86	4.83	o.69	4.46	o.96
Frage 13: augenblickl. Befinden	3.23	1.23	3.33	o.88	3.3o	o.94

[1] Es sind nur die Vergleiche angeführt, die zu einem signifikanten Ergebnis führten.

sind die Gruppen nicht grundsätzlich verschieden.

So benötigen sie weiterhin Therapie (Frage 6), fühlten sich seit ca. 2 Jahren beeinträchtigt, erlebten diese Beeinträchtigung vor der Therapie als stark bis sehr stark. Insgesamt bezeichnen sie ihre Veränderung durch die Therapie nicht übermäßig (Frage 9) und geben ihr augenblickliches Befinden (Frage 13) wohl deshalb auch eher als stagnierend ('gleich gut wie schlecht') an. Die Motivation, die Schwierigkeiten in den Griff zu bekommen (Frage 11), scheint in allen Gruppen gleich hoch gewesen zu sein.

Prüft man den Zusammenhang zwischen diesen Skalen des TNB und der Beantwortung des FEK I (A_1/W_1) und (A_2/W_2), so können keine signifikanten Beziehungen festgestellt werden. Dagegen besteht eine positive Korrelation zwischen der Therapiestundenanzahl und den Fragen 2 und 9 im TNB. So äußern sich Klienten, die länger in der Therapie bleiben, deutlich zufriedener mit der Therapie selbst und schreiben ihr eher Veränderungswirkung zu (s. Tab. 7-27). Das betrifft am ehesten die Gruppe III, die am längsten therapeutische Hilfe in Anspruch nahm.

Tab. 7-27: Rangkorrelationen nach SPEARMAN zwischen den Fragen 2, 6, 7, 8, 9, 11 und 13 im TNB und den Rohwertsummen im FEK I (A_1), (W_1), (A_2) und (W_2) sowie der Anzahl der Therapiestunden. (x = p(0.5), xx = p(0.1)).

TNB	Therapie-stunden	A_1	W_1	A_2	W_2
2	0.498 xx	0.206	0.239	0.207	0.241
6	-0.112	0.242	0.347	0.149	0.168
7	-0.076	0.238	0.261	0.185	0.202
8	-0.332	0.245	0.190	0.172	0.093
9	0.362 x	0.264	0.316	0.153	0.272
11	0.092	0.084	0.055	0.155	-0.052
13	0.112	0.314	0.331	0.122	0.217

7.6.4. Zusammenfassung und Beantwortung der Hypothese 3

Die Hypothese 3 lautet:
Hat die Therapievorinformation den subjektiven Freiheitsgrad des Klienten, das angebotene Therapiekonzept als Mittel zum Ziel zu akzeptieren, erhöht, so zeigt die Therapie von Anfang an positive Effekte:
- Der Klient steigt sofort in den Therapieprozeß ein,
- er verläßt die Therapie nicht vor der 5. Therapiestunde,
- er zeigt sich insgesamt zufrieden mit der Therapie und dem Therapeuten,
- er zeigt konstruktive Veränderungen durch die Therapie.

Hat die Therapievorinformation den subjektiven Freiheitsgrad des Klienten, das angebotene Therapiekonzept als Mittel zum Ziel zu akzeptieren, nicht oder nur wenig erhöht, so ist der Therapieverlauf gestört:
- Der Klient zeigt in der ersten Therapiestunde Unsicherheit in Bezug auf das Therapiekonzept,
- er neigt dazu, die Therapie vor der 5. Stunde zu verlassen,
- er ist insgesamt unzufriedener mit der Therapie,
- er zeigt keine konstruktiven Veränderungen durch die Therapie.

Die Messung der Erwartungshaltung nach der GT-Einführungsphase hatte in allen drei Experimentalgruppen eine gegenüber den Annahmen zwar geringere, aber gegenüber der jeweiligen Ausgangsbasis doch deutliche Veränderung der Wünsche der Klienten in Richtung auf das GT-Konzept erbracht. Damit ist nach unserer Definition anzunehmen, daß der subjektive Freiraum der Klienten in der Akzeptierung der GT als Methode zur Erreichung des Ziels (Problemlösung) ausgeweitet werden konnte. In der Hypothese 3 wurde postuliert, daß

in diesem Fall der Therapieablauf im Ganzen gesehen positiv und für den Klienten konstruktiv verlaufen würde.

Betrachtet man nun die Ergebnisse der Therapiephase, die wir erheben konnten, unter dem Blickwinkel des erhofften Effekts der Erwartungsveränderung, so lassen sich folgende Aussagen machen:

Die Gruppe III ist gegenüber den Gruppen I und II durchschnittlich länger in der Therapie geblieben; sie zeigt sich auch insgesamt zufriedener mit der Behandlung und hat sich nach objektiver und subjektiver Einschätzung positiv verändert. Zwischen Therapiestundenanzahl und positiven Aussagen über den Therapieerfolg konnte zudem ein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden.

Vergleichbare Tendenzen zeigen sich in der Gruppe I. Auch sie bleibt gegenüber der Gruppe II durchschnittlich etwas länger in der therapeutischen Behandlung und zeigt sich zufriedener, wenngleich sie auch häufiger angibt, lieber eine andere Behandlung erhalten zu haben, was einen gewissen Widerspruch darstellt.

Dagegen drückt die Gruppe II stärkere Unzufriedenheit aus. Sie hätte lieber einen gegengeschlechtlichen Therapeuten gehabt, hat sich nach der eigenen Meinung weniger verändert (nach objektiven Daten aber durchaus mit den anderen Gruppen vergleichbar), hat die Therapie im Durchschnitt bereits nach 5 Stunden verlassen und betrachtet dies häufig als eigenen Entschluß.

Es wäre vorschnell, diese Ergebnisse in direkten Zusammenhang mit der Wirkung der jeweiligen GT-Einführung auf die Erwartungen der Klienten zu Therapiebe-

ginn zu bringen. Vielmehr scheint die Gruppe II von Anfang an weniger therapiebedürftig und deshalb auch dem gesamten Verfahren gegenüber toleranter gewesen zu sein. So zeigte die Gruppe II sich auf der Skala 12 (Maskulinität) des FPI deutlich von der Gruppe III verschieden und eher dem Normalbereich angenähert (vgl. S. 173 ff.). Zudem berichtet sie seltener von Angsterlebnissen. Beide Punkte stehen aber in deutlichem Zusammenhang mit der Beantwortung des FEK I (W_1), in dem die Gruppe II ebenfalls höhere Werte erhielt.

Die Gruppen I und III dagegen scheinen stärker unter Angst gelitten zu haben und gemäß der Skala 12 (Maskulinität) im FPI weniger selbstbewußt und zuversichtlich gewesen zu sein. Zumindest die Gruppe III unterscheidet sich hier signifikant von der Gruppe II.

Damit ergibt sich die Vermutung, daß die Gruppen I und III stärker auf die angebotene therapeutische Hilfe angewiesen waren bzw. sich angewiesen fühlten als die Gruppe II, die sich einerseits weniger zufrieden zeigt, andererseits die Frage nach einer anderen Behandlungsart auch mit 'Nein' beantworten kann und so - ähnlich wie die Gruppe I - ebenfalls zu einem Widerspruch neigt, der diesmal aber in eine andere Richtung weist.

Unter Bezug auf unsere Diskussion über die Freiheitsgrade, die ein Klient hinsichtlich einer Behandlungsmethode bzw. einer therapeutischen Behandlung haben kann (vgl. S. 85), kann man annehmen, daß die Gruppe II subjektiv und objektiv einen größeren Freiraum zeigen konnte, so daß sie die Therapie auch eher von sich aus unter- bzw. abbrechen konnte, ohne gleichzeitig unbedingt eine andere Behandlung zu wünschen.

Dagegen waren die Klienten der anderen beiden Gruppen scheinbar stärker auf die angebotene Hilfe angewiesen. An einer anderen Stelle dieser Arbeit (S. 85 ff.) hatten wir diese Klienten als besonders abhängig von rechtzeitiger Anpassung der Erwartungen an das Konzept der GT gekennzeichnet, da sie bei Nichtzustandekommen einer konstruktiven Änderung wenig bis keine Alternativmöglichkeiten sehen. So hätte die Gruppe I z.B. sehr gerne eine andere Behandlungsart gehabt, hat sich aber dennoch seltener als die Gruppe II dazu entschlossen, die Therapie aufzugeben.

Unter Ausklammerung der Gruppe II, die sich insgesamt unabhängiger von therapeutischer Behandlung zeigt, kann man sagen, daß die Gruppe III sich insgesamt gesehen am besten durch die Therapie entwickeln konnte. Ziemlich eindeutig scheint die Beziehung zwischen Therapielänge und Zufriedenheit bzw. subjektiven Veränderungsempfindungen zu sein. Es bestehen leichte Vermutungen, daß das Ausmaß der Veränderung der Annahmen und Wünsche innerhalb dieser Gruppe diese Beziehung mit beeinflußt haben könnte.

Definitive Zusammenhänge zwischen Erwartungsänderung - hier besonders der Wunschkomponente der Erwartung - und Therapieverbleib sind allerdings aufgrund unseres Untersuchungsplans nicht herzustellen.

8. Zusammenfassende Betrachtung der empirischen Untersuchung und Diskussion der Ergebnisse im Hinblick auf Forschung und Praxis

8.1. Zusammenfassung des Untersuchungsziels und -verlaufs

Ziel der Untersuchung war es, den Effekt gängiger GT-Einführungen daraufhin zu prüfen, inwieweit sie geeignet sind, GT-konträre Erwartungen der Klienten so zu verändern, daß diesen eine optimale Ausnutzung der angebotenen Therapieform möglich ist bzw. daß ein Therapieabbruch aufgrund enttäuschter Erwartungen ausgeschlossen werden kann.

Um zunächst einmal zu prüfen, ob die Klienten überhaupt GT-konträre Erwartungen an die Rolle des Therapeuten hegen, wurde ihnen vor der praxis-üblichen Information über das GT-Konzept ein Fragebogen vorgegeben, der solche Erwartungen erfaßt.

Ausgehend von der Annahme, daß das psychische Phänomen der Erwartung im wesentlichen von zwei Komponenten - die von uns als Wissens- und Wunschkomponente bezeichnet wurden - bestimmt ist, wurde dieser Fragebogen so konstruiert, daß er einmal die Annahmen und Vorstellungen, die man über die Funktion und Rolle eines Therapeuten besitzt, erhebt, zum anderen aber auch die Wünsche an diesen erkennbar werden läßt. Im Hintergrund stand dabei die Vermutung, daß eine Erwartungshaltung, die stärker durch emotionale Faktoren wie Wünsche, Hoffnungen, Motive etc. geprägt ist, sich gegenüber widersprechender Information resistenter erweist als eine Erwartungshaltung, die vorwiegend durch Informationsmangel hervorgerufen wurde.

Aus dem gleichen Grund waren die GT-Einführungen, die die Klienten im Laufe der Untersuchung erhielten, unterschiedlich konzipiert. Damit sollte getestet werden, ob eine Informierung des Klienten, die die emotionale Seite der Erwartung anspricht (wie die von uns favorisierte Einführung III, in der eine Klientin eine positive Lösung ihres Erwartungskonflikts, d.h. eine Akzeptierung des GT-Therapeutenverhaltens darstellt), größere Effekte auf die Erwartungsveränderung und das spätere Therapieverhalten der Klienten ausübt als Einführungen, die diesen Aspekt der Erwartung weniger berücksichtigen. Zu diesen zählen wir z.B. die Informierung des Klienten durch ein sachliches Informationsblatt, wie es in unserer Einführung I geschah.

Um zusätzlichen Aufschluß über das Verhalten der Klienten in der Therapie zu erhalten und damit das besonders in der Einstellungsforschung häufig zu beobachtende 'Loch' zwischen dem, was eine Person zu tun gedenkt (in unserem Fall dokumentiert durch die 2. Beantwortung des FEK I nach der Bekanntmachung mit dem GT-Konzept) und dem, was sie dann tatsächlich tut, zu überbrücken, wurden von uns während des Therapieverlaufs noch zu folgenden Punkten Aussagen gesammelt:

- Verhalten der Klienten in der ersten Therapiestunde in Bezug auf ihre möglicherweise durch die Einführung enttäuschte Erwartungshaltung;
- Länge der Therapieteilnahme als Indikator für den verarbeiteten Erwartungskonflikt;
- subjektive als auch objektive Messung des Therapie-'erfolgs', ebenfalls als Hinweis für gelungene Erwartungsanpassung.

8.2. Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse

Wie vermutet, hegte unser Klientel vor Therapiebeginn Erwartungen an die Funktion des Therapeuten, die dem Therapeutenkonzept der GT widersprechen. So äußerten die Klienten im Fragebogen zur Erfassung von Klientenerwartungen (FEK I) Vorstellungen und Wünsche, die den Therapeuten als Fachmann, welcher dem Klienten sein Wissen in Form von Ratschlägen zur Verfügung stellt, ansprechen (vgl. dazu die Tab. 7-6, S. 162). Besonders solche Klienten, die aufgrund der Ergebnisse aus weiteren Testverfahren, die zu Beginn der Untersuchung vorgelegt wurden, als unsicher und ängstlich zu bezeichnen sind, scheinen sich eine dominantere Hilfsperson zu wünschen als die betont partnerschaftliche Therapeut-Klient-Beziehung in der GT zuläßt.

Die von uns zur Veränderung dieser falschen und möglicherweise für einen reibungslosen Therapieverlauf hinderlichen Klientenerwartungen eingesetzten Verfahren hatten einen eindeutigen Effekt auf die Anpassung der Annahmen und Wünsche an das Konzept der GT und haben damit ihren generellen Erwartungsveränderungswert bewiesen. So äußerten die Klienten in der zweiten Vorgabe des Fragebogens zur Erfassung ihrer Erwartungen signifikant mehr GT-konforme Annahmen und Wünsche als vorher bzw. als die Kontrollgruppe, die keine weitere Information über das Verhalten des Therapeuten erhielt.

Gleichzeitig wurde aber auch deutlich, daß alle Verfahren die Annahmekomponente der Erwartungen stärker angesprochen haben als die Wunschkomponente. Während zu Beginn der Untersuchung Annahmen und Wünsche gleichermaßen GT-konform bzw. nicht-GT-konform zu sein schienen, zeigte sich bei allen Klienten nach der Ein-

führungsphase eine signifikante Diskrepanz zwischen dem, was sie nunmehr über das Therapeutenverhalten wußten, und dem, was sie sich trotzdem weiter wünschten.

Auch die von uns in dieser Beziehung favorisierte Einführung III scheint eine positiv emotionale Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen, die in den Wünschen des Klienten an den Therapeuten zum Ausdruck gebracht werden, nur bedingt ermöglicht zu haben. Zwar gibt der weitere Therapieverlauf der Gruppe III, die diese Einführung erhalten hat, Hinweise auf eine insgesamt konstruktivere Ausnutzung des Therapieverfahrens (so bleibt diese Gruppe III z.B. länger in der Therapie und zeigt sich insgesamt auch zufriedener mit dem Verfahren und dem Verhalten des Therapeuten als die beiden anderen Gruppen), doch kann aufgrund unserer Untersuchung dieses Verhalten nicht eindeutig und allein auf die GT-Einführungsart III zurückgeführt werden.

Vielmehr ist im Laufe der Untersuchung deutlich geworden, daß eine Verhaltensanpassung des Klienten an die GT von mehr Faktoren als von der jeweiligen Erwartungshaltung abhängt. Diese Faktoren jedoch konnten durch unseren Untersuchungsplan nicht kontrolliert werden.

Ein gutes Beispiel für die unterschiedlichen Wirkfaktoren, die einen Therapieabbruch vorbereiten können, bietet unsere Experimentalgruppe II. Zeigte diese Gruppe bereits zu Beginn der Untersuchung von allen Gruppen am ehesten GT-Konzept-konforme Annahmen und Wünsche, die durch die erhaltene GT-Einführung II auch noch etwas gesteigert werden konnten, so erwies gerade sie sich später als die eigentliche 'Abbrecher'-gruppe[1]. Aus den zusätzlichen Erhebungen kann vermutet

[1] Nach der Definition von BRANDT (1964) könnte man hier von 'Pseudorejectors' sprechen (vgl. Kapitel 3, S. 34).

werden, daß diese Gruppe gegenüber der angebotenen Behandlung von vornherein eine gewisse Unabhängigkeit besaß. So konnte sie die Therapie von sich aus als unbefriedigend aufgeben, ohne gleichzeitig den Wunsch nach einer anderen Behandlung zu hegen, während die beiden anderen Gruppen I und III eher auf die angebotene Hilfe angewiesen zu sein schienen. Dieser komplexe Zusammenhang bestätigt sich auch durch die Angabe der Gruppe I, die sich ähnlich wie die Gruppe II unzufrieden mit der GT zeigte und eine andere Behandlungsart wünschte, aber trotzdem seltener die Behandlung abbrach.

8.3. Schlußfolgerungen für die weitere Forschung

Es ist nicht ganz einfach, aus den Ergebnissen unserer Untersuchung gezielte Forderungen für die weitere Forschung zu formulieren, da sich das behandelte Thema als sehr vielschichtig erwiesen hat. So spielen in den von uns angesprochenen Bereich sowohl Fragen der GT-Konzeptveränderung als auch Fragen der Veränderungsmöglichkeiten falscher Erwartungen mit dem Ziel einer Handlungsbeeinflussung sowie Probleme der wissenschaftlichen Kontrolle dieser Erwartungs- und Verhaltensänderung hinein.

Als ein Mangel unserer wie auch der meisten bisherigen Untersuchungen in diesem Gebiet (vgl. unsere Darstellung zu den bisherigen empirischen Befunden im Kapitel 3, S. 29 ff.) erweist sich die relativ isolierte Betrachtung eines einzelnen Phänomens - hier der Klientenerwartung an die Rolle des Therapeuten - im Hinblick auf seinen potentiellen Erklärungswert für das Verbleiben oder Nicht-Verbleiben eines Klienten in einer therapeutischen Beziehung.

Auch wenn Alter, Geschlecht, Einkommen, Schichtzugehörigkeit, Intelligenz, prognostische- und Rollenerwartungen (vgl. Kapitel 3, S. 35 ff.)auf seiten des Klienten wichtige Merkmale darstellen, die sein Verhalten mitbestimmen, so kann nach den bisherigen Untersuchungen doch keines dieser Merkmale allein für ein bestimmtes Verhalten verantwortlich gemacht werden. Unter diesen Voraussetzungen braucht eine geglückte Beeinflussung falscher Klientenerwartungen nicht zwangsläufig in das gewünschte Therapieverhalten zu münden (vgl. dazu das Therapieverhalten unserer Experimentalgruppe II).

Zur Analyse der Bedingungen, die einen Klienten zum Abbrecher werden lassen, sowie zur Aufzeigung konkreter Möglichkeiten ihrer frühzeitigen Erkennung und Beeinflussung ist somit eine umfassendere Betrachtungsweise notwendig, wie sie z.B. in der bereits in Kapitel 3 erwähnten 'Social Learning Theory' (SLT) von ROTTER et al. (1972)[1] und in der von uns in Kapitel 4 ausführlicher dargestellten Handlungstheorie gegeben zu sein scheint.

Zwar faßt die SLT das Verhalten eines Individuums auch als Prozeß auf, der durch solche Regulationsprinzipien wie Erwartungshaltung, Verstärkerwert einer Handlung sowie die individuelle psychologische Situation gesteuert ist und verfolgt damit bereits eine umfassendere Sichtweise vom menschlichen Verhalten, doch wird unserer Meinung nach durch den bewußten Verzicht auf die Hinterfragung vorhandener Verhaltensweisen ein wichtiges Bestimmungsstück in der Analyse menschlichen Handelns außer acht gelassen. So schreiben ROTTER et al.:

> "The theory is not primarily concerned with more molecular principles which explain why one thing in a complex situation is associated with another, nor how very simple responses are built up into complex patterns of response. It is not that

[1] Vgl. dazu die Fußnote auf S. 47.

> such principles are unimportant; they are simply not the focus of this theory. Once the basic patterns of behavior have been developed, the problem is to determine when one is chosen over another in a specific situation. This is the focus of this theory" (ROTTER et al., 1972, S. 42/43).

Für die GT-Praxis ist es einerseits hilfreich zu wissen, daß ein bestimmter Klient eher einen direktiven Rat von seinem Therapeuten erwartet, die Therapie nicht als Verstärkung erlebt und deshalb ein potentieller Abbrecher sein kann.[1] Andererseits ist für die Beeinflussung solcher Klienten in Richtung auf eine Akzeptierung der therapeutischen Behandlungstechnik auch gegen die momentanen eigenen Wünsche und Motive gerade die Kenntnis der Entstehung solcher Verhaltensweisen wichtig.

Aus diesem Grunde scheint uns der Ansatz der Handlungstheorie, die die objektiven äußeren Bedingungen einschließt und nicht in einer subjektiven Betrachtungsweise steckenbleibt, den umfassenderen theoretischen Hintergrund für weitere Forschung in diesem Bereich zu bieten.

Auch hier wird Verhalten, d.h. die Handlung eines Menschen, von Regulationsprozessen beeinflußt betrachtet; wesentliche Bestimmungsstücke für eine Handlung sind die jeweiligen inneren und äußeren Bedingungen, denen ein Individuum in einer bestimmten Situation unterliegt.

Gelingt es, diese inneren Bedingungen (zu denen auch die Erwartungshaltung zu zählen ist) und äußeren

---

[1] Ergebnisse, die von PIPER et al. (1972) in einer auf der SLT basierenden Untersuchung nachgewiesen werden konnten.

Bedingungen (zu denen z.B. auch eine zur Aufrechterhaltung der ansonsten für den Klienten hilfreichen therapeutischen Beziehung vom GT-Konzept abweichende Verhaltensweise des Therapeuten gehört) zu bestimmen, dann scheint eine rechtzeitige Erkennung und Behandlung potentieller Therapieabbrecher eher gegeben zu sein.

So hatten wir im Kapitel 4 darauf hingewiesen, daß der subjektive und objektive Freiraum, den ein Klient in der Akzeptierung einer bestimmten Methode zur Erreichung seines Ziels oder auch in der Abänderung seines Ziels haben kann, mitverantwortlich für die Aufgabe rigider Erwartungshaltungen sein wird.

Auf dem Hintergrund einer derart sorgfältigen theoretischen Analyse des Geschehens von der Anmeldung des Klienten zur Therapie bis zum überraschenden Abbruch der therapeutischen Behandlung werden weitere empirische Untersuchungen notwendig sein. Es ist anzunehmen, daß diese sich nicht mehr mit einer punktuellen Datenerhebung, wie sie noch in unserer Untersuchung vorgenommen wurde, befassen können, da die Vorsatzbildung (ich werde die Therapie verlassen) jederzeit die relevanten Impulse bekommen kann, die dann die konkrete Handlung (den Therapieabbruch) veranlassen. Empirische Ansätze auf systemtheoretischer Basis - wie zum Beispiel die Zeitreihenanalyse - werden dem prozeßhaften Charakter solcher Handlungs-Entscheidungs-Situationen gerechter werden.

In diesem Rahmen scheint uns auch eine Reflexion von Modifikationsmöglichkeiten innerhalb der GT angebracht zu sein. Sollte sich herausstellen, daß die Aufgabe des rigiden Postulats der Nicht-Direktivität des Therapeuten einzelnen Klienten die Akzeptierung dieser therapeutischen Methode erleichtern könnte und ihnen so in einer sonst recht partnerschaftlich orientierten Beziehung positive Problemlösungsprozesse angeboten würden, dann

könnte man derartige Veränderungen an der Methode als Bereicherung therapeutischer Interventionsstrategien in der GT auffassen.

Die Notwendigkeit zu solchen Überlegungen wird sich durch eine Ausdehnung dieser Untersuchungen auf breite Bevölkerungsschichten zwangsläufig ergeben. So liegt den meisten Untersuchungen im Psychotherapiebereich ein studentisches Klientel zugrunde, daß sich durch rasche Verfügbarkeit, Homogenität, Vertrautheit mit wissenschaftlicher Forschung für den Forscher als ein sehr praktisches Versuchspersonenpotential anbietet. Um den Praktiker, der häufiger ein anderes Klientel zu betreuen hat, durch die Forschung in seiner Arbeit begleiten zu können, ist hier eine Umstellung unumgänglich.

Als ein Mittel zur Erhebung der Erwartungen, die Klienten allgemein an ihren Therapeuten stellen, scheint uns unser Fragebogen (FEK I) geeignet. Er trennt gut zwischen Erwartungen, die auf Informationsmangel beruhen, und solchen Erwartungen, die auf Einstellungen, Motiven und Wünschen basieren und kann damit die Stärke einer Erwartung, d.h. ihre Resistenz gegen widersprechende Informationen, feststellen. Als Ausgangspunkt für weitere Analysen kann dies bereits hilfreich sein.

8.4. Schlußfolgerungen für die gesprächspsychotherapeutische Praxis

Als wichtigstes Ergebnis für den Praktiker ist die Tatsache zu werten, daß Klienten von ihrem Therapeuten mehr direktive Verhaltensweisen erwarten als das Konzept der GT zuläßt. Der Therapeut muß somit davon

ausgehen, daß sein Verhalten für den Klienten als neu, überraschend und unter Umständen konfliktgeladen gelten kann und somit geeignet ist, eine Entscheidungsunsicherheit in der Akzeptieung der GT als Mittel zum angestrebten Ziel auszulösen (vgl. dazu die Darstellungen zur Orientierungs- und Entscheidungsreaktion, S. 83 ff.).

Diese Haltung kann der GT-Therapeut von seinen Klienten um so mehr erwarten, als diese sich nicht nur aus Studenten, die die Grundlage unserer Untersuchung bildeten, rekurrieren. Aufgrund vorwiegend amerikanischer Erhebungen ist anzunehmen, daß z.B. Unterschichtsklienten eher als mittelschichts-orientierte Klienten Erwartungen an den Therapeuten haben, die diesem eine dominante Rolle zuschreiben. Der Bericht des DEUTSCHEN BUNDESTAGES (Nov. 1975) über die Lage der Psychiatrie in der BRD macht sehr deutlich, daß die BRD im Bezug auf psychotherapeutische Beratung und Behandlung noch als Entwicklungsland gelten kann. Der GT-Therapeut kann deshalb sicher sein, daß seine Klienten seine Vorgehensweise noch nicht kennen und auch nicht erwarten, zumal andere soziale Beziehungen gerade andere Annahmen und Wünsche des Klienten unterstützen und festigen.

In diesem Zusammenhang kann es auch für den Praktiker interessant sein, den von uns entwickelten Fragebogen seinen Klienten vorzulegen, um die Erwartungsausgangslage, mit der der Klient die Therapie beginnt, kennenzulernen.

Angesichts dieser Ergebnisse ist die vielfach geübte Praxis, dem Klienten vor der Therapie wesentliche Elemente einer guten gesprächspsychotherapeutischen Beziehung zu erläutern, als weiterhin sinnvoll und notwendig zu bezeichnen. Dazu scheinen das 'Role Induction Interview' oder das 'Vicarious Pre-Therapy Training' (vgl. S. 63 ff.) gut geeignet zu sein. Auch ein Gesprächsleitfaden, wie ihn JACOBI (1976) für das Erstinterview vorschlägt, kann hilfreich sein. Nach

unseren Erfahrungen ist es besonders wichtig, mit dem Klienten in persönlicher Form seine Annahmen und Wünsche an den Therapeuten (und die Therapie) zu besprechen.

Informationen über die Methode der GT ohne Diskussionsmöglichkeit für den Klienten - wie in unseren standardisierten Verfahren - werden den Erwartungen der Klienten besonders dann nicht gerecht, wenn diese von Einstellungen und Wünschen geprägt sind. Untersuchungen zur kognitiven Dissonanz bestätigen, daß die aktive Beteiligung einer Person an der Widerlegung ihrer eigenen Einstellungen und Wertungen eher einstellungsverändernde Wirkung hat als ein passives Rezipieren von Gegenargumenten (vgl. OERTER, 197o).

Allerdings ist darauf hinzuweisen, daß für eine konstruktive Verarbeitung der Erwartungen auch in der Therapie selbst Platz sein muß. Der Therapeut sollte permanente Bereitschaft zeigen, die Argumente und Wünsche des Klienten zuzulassen und zu reflektieren. Dazu gehört auch die Reflexion, ob Ratschläge und Handlungsanweisungen in gewissen Situationen für einen Klienten nicht tatsächlich die adäquate therapeutische Methode darstellen. Stereotype und nur die Position des GT-Konzepts wiederholende Äußerungen des Therapeuten, wie sie noch vor einigen Jahren in der GT-Ausbildung für solche 'schwierigen'Situationen vorgeschlagen wurden, sind somit abzulehnen (vgl. dazu die Darstellungen zum Konzept der GT in der BRD, S. 24 ff.). Nach übereinstimmenden empirischen Befunden ist eine andauernde Diskrepanz zwischen Klienten- und Therapeutenerwartungen therapieabbruchfördernd, während schon die Erfüllung einiger Erwartungen des Klienten durch den Therapeuten eher günstige Wirkungen auf seinen Verbleib haben können (vgl. dazu BORGHI, 1965).

Für den GT-Therapeuten muß in unserer Untersuchung aber auch deutlich geworden sein, daß die Aufhebung falscher

Erwartungen an den Therapeuten und das Konzept der Therapie nicht allein ausschlaggebend für einen Verbleib oder Nicht-Verbleib des Klienten in der Therapie sein muß. Hierfür sind komplexere Faktoren verantwortlich, die nur in einer sorgfältigen Analyse aller äußeren und inneren Bedingungen einer Klient-Therapeut-Beziehung aufgespürt werden können. Eine Herstellung dieses Zusammenhangs kann allerdings nicht Aufgabe einzelner Praktiker sein, sondern gehört in den Bereich wissenschaftlicher Forschung.

9. Zusammenfassung

Diese Arbeit wurde durchgeführt, um den Zusammenhang von falschen Klientenerwartungen (hier : die Erwartung an den Gesprächspsychotherapeuten, er werde in direktiver Weise durch Ratschläge und Handlungsanweisungen die Problembearbeitung des Klienten fördern) und frühzeitigem Therapieabbruch zu bestimmen. Zusätzlich sollte der Wert von vortherapeutischen Einführungen in das Konzept der Gesprächspsychotherapie zur Verhinderung eines Therapieabbruchs in einer empirischen Untersuchung eingeschätzt werden.

Dazu wurden zunächst praktische Erfahrungen und theoretische Überlegungen zum Gesprächspsychotherapie-Konzept dargestellt, um die Relevanz der Fragestellung für Praxis und Forschung genauer zu begründen.

Zur Vorbereitung der experimentellen Untersuchung wurden zudem bisherige empirische Befunde zum Themenbereich referiert und eine handlungstheoretische Analyse des Zusammenhangs von Erwartungshaltung und Handlung gegeben.

In der empirischen Untersuchung, an der insgesamt 52 Klienten (vorwiegend Studentenklienten), die sich freiwillig in psychotherapeutische Behandlung gegeben hatten, teilnahmen, wurden vor der Therapie die Erwartungen dieser Klienten an den Therapeuten mit einem eigens erstellten Fragebogen erhoben. Im Anschluß daran erhielten die Klienten - nach Gruppen getrennt - ausgewählte Einführungen in das Konzept der Gesprächspsychotherapie. Danach hatten sie den Erwartungsfragebogen noch einmal auszufüllen. Da eine Kontrollgruppe ohne weitere Informationen über das Therapiekonzept ihre Erwartungen an den Therapeuten ein zweites Mal durch den Fragebogen dokumentierte, konnte der Erwartungsveränderungswert der Einführungen erhoben werden.

Dabei stellte sich heraus, daß die Klienten, die eine Einführung erhalten hatten, ihre Erwartungen dem Konzept anpaßten, daß aber bei einer Trennung der Erwartung in eine Annahme- und eine Wunschkomponente die Wunschkomponente deutlich weniger in Richtung auf das Therapiekonzept verändert werden konnte. Somit ist anzunehmen, daß die ausgewählten Einführungsarten eher informativen Charakter besitzen und eine emotionale Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen und Wünschen des Klienten weniger fördern.

Die weitere Beobachtung des Therapieverlauf machte zudem deutlich, daß eine Anpassung der Annahmen und Wünsche an das Konzept der Gesprächspsychotherapie nicht allein einen guten Therapieausgang vorprogrammiert. Das Phänomen des frühzeitigen Therapieabbruchs durch den Klienten kann zwar durch enttäuschte Erwartungen ausgelöst werden, es kann aber auch durch wesentlich komplexere Faktoren bestimmt sein, die wir in unserer Untersuchung nicht kontrollieren konnten.

Zum Schluß wurden Vorschläge für die weitere Forschung in diesem Gebiet und für die Praxis des Gesprächspsychotherapeuten unterbreitet.

10. Literaturverzeichnis

APFELBAUM, D. Dimensions of Transference in Psychotherapy. Berkeley: University of California Press, 1958.

ARONSON, H. & OVERALL, B. "Treatment expectations of patients in two social classes." Social Work, 11 (1966), 35-41.

BAUM, O. E. & FELZER, S. B. "Activity in initial interviews with lower-class patients." Archives of General Psychiatry, 10 (1964), 345-353.

BAUM, O. E., FELZER, S. B., D'ZMURA, TH. L. & SHUMAKER, E. "Psychotherapy, dropouts and lower socioeconomic patients." American Journal of Orthopsychiatry, 36 (1966), 692-635.

BEDNAR, R. L. "Persuasibility and the power of belief." Personnel and Guidance Journal, 48 (1970), 647-652.

BERGIN, A. E. "The evaluation of therapeutic outcomes." In: BERGIN & GARFIELD (1971), S. 217-270.

BERGIN, A. E. & GARFIELD, S. L. (Hgg.). Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis. New York: John Wiley & Sons, 1971.

BERRICK, M. L. W. "Patient pre-therapy expectancies of therapist behaviors as related to certain demographic, personality and value variables." Dissertation Abstracts International, 32, 1-B (1971), 552.

BIEBER, B. Untersuchungen über Klienten-Vortraining in Client-Centered Psychotherapie. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Hamburg, 1969.

BOMMERT, H. Die Prozeßvariablen SE und VEE in ihrer Bedeutung für die klienten-zentrierte Gesprächspsychotherapie. Hamburg, Phil. Diss., 1971.

BOMMERT, H., MINSEL, W.-R., FITTKAU, B., LANGER, J. & TAUSCH, R. "Empirische Kontrolle der Effekte und Prozesse klienten-zentrierter Gesprächspsychotherapie bei psychoneurotischen Klienten." Zeitschrift für Klinische Psychologie, 1 (1972), 48-63.

BOMMERT, H., MANN, F. & STAUSS, H. "Zusammenhänge zwischen Erwartungshaltungen und psychischen Veränderungen von Klienten durch Gesprächspsychotherapie." Zeitschrift für Klinische Psychologie, 4 (1975), 239-249.

BORGHI, J. H. "Premature termination of psychotherapy and patient-therapist expectations." American Journal of Psychotherapy, 22 (1965), 460-473.

BRADY, J. P., REZNIKOFF, M. & ZELLER, W. W. "The relationship of expectation of improvement to actual improvement of hospitalized psychiatric patients." Journal of Nervous and Mental Disease, 130 (1960), 41-44.

BRANDT, L. W. "Rejection of psychotherapy? The discovery of unexpected numbers of pseudo-rejectors." Archives of General Psychiatry, 10 (1964), 310-313.

BRENGELMANN, J. C. & BRENGELMANN, L. "Deutsche Validierung von Fragebogen der Extraversion, neurotischen Tendenz und Rigidität." Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie, 7 (1960), 291-331.

BUCHKREMER, A., GÜNTHER, M., GÖTZE, K., KAISER, K. W., LINDEN, W., LUDEWIG, G., MIELENBRINK, H., RASSOW, E. M., RUPP, G., SCHMIDT, B. & VOSS, U. Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI). Unveröffentl. Referat für das Seminar "Persönlichkeitsfragebögen" am Psychologischen Institut der WWU. Münster, WS 73/74.

CARTWRIGHT, D. S. & CARTWRIGHT, R. D. "Faith and improvement in psychotherapy." Journal of Counseling Psychology, 5 (1958), 174-177.

CLAUSS, G. & EBNER, H. Grundlagen der Statistik für Psychologen, Pädagogen und Soziologen. Frankfurt/Main und Zürich: Verlag Harri Deutsch, 1972.

DEUTSCHER BUNDESTAG, 7. Wahlperiode. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bundestagsdrucksache 7/4200 vom 25. November 1975.

ECKERT, J. & SCHWARTZ, H.-J. Der Klienten-Erfahrungsbogen (KL-FB). Unveröffentlicht, Hamburg 1972.

ECKERT, J. & SCHWARTZ, H.-J. Der Therapeuten-Erfahrungsbogen (TH-FB). Unveröffentlicht, Hamburg, 1972.

ENGELS, F. "Ludwig Feuerbach und der Ausgang der klassischen deutschen Philosophie." In: MARX/ENGELS: Werke. Bd. 21, Berlin (DDR): Dietz Verlag, 1973, S. 259-307.

ENQUETE-Bericht, siehe: DEUTSCHER BUNDESTAG.

EYSENCK, H. J. "The effects of psychotherapy: an evaluation." Journal of Consulting Psychology, 16 (1952), 319-324.

FAHRENBERG, J. & SELG, H. Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI). Göttingen: Hogrefe, 1970.

FALBESANER, T. Theorie und Praxis der klient-zentrierten Gesprächspsychotherapie - Ansätze einer Therapiekritik und Überlegungen zur Neukonzeption. Würzburg, Med. Diss., 1974.

FRANK, J. D. "The dynamics of the psychotherapeutic relationship." Psychiatry, 22 (1959), 17-39.

FRANK, J. D., GLIEDMAN, L. H., IMBER, S. D., STONE, A. R. & NASH, E. H. "Patients' expectancies and relearning as factors determining improvement in psychotherapy." American Journal of Psychiatry, 115 (1959), 961-968.

FRANK, J. D. "The influence of patients' and therapists' expectations on the outcome of psychotherapy". British Journal of Medical Psychology, 41 (1968 a), 349-356.

FRANK, J. D. "Recent American research in psychotherapy." British Journal of Medical Psychology, 41 (1968 b), 5-13.

FRIEDMAN, H. J. "Patient-expectancy and symptom-reduction." Archives of General Psychiatry, 8 (1963), 61-67; auch in: GOLDSTEIN & DEAN (1966), S. 311-318.

GALPERIN, P. J. "Die Entwicklung der Untersuchungen über die Bildung geistiger Operationen." In: HIEBSCH, H. (Hg.). Ergebnisse der Sowjetischen Psychologie. Stuttgart: Klett, 1969, S. 367-405.

GARFIELD, S. L. "Research on client variables in psychotherapy." In: BERGIN & GARFIELD (1971), S. 271-298.

GARFIELD, S. L. & WOLPIN, M. "Expectations regarding psychotherapy." Journal of Nervous and Mental Disease, 137 (1963), 353-362.

GEBHARDT, F. & JOHN, D. Programm-Information 32/33. Deutsches Rechenzentrum, Darmstadt, 1974.

GESELLSCHAFT FÜR WISSENSCHAFTLICHE GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE (Hg.). Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München: Kindler, 1975.

GLADSTEIN, G. A. "Client expectations, counseling experience, and satisfaction." Journal of Counseling Psychology, 16 (1969), 476-481.

GLEISS, I., SEIDEL, R. & ABHOLZ, H. Soziale Psychiatrie. Zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung. Frankfurt/Main: Fischer, 1973.

GLIEDMAN, L. H., NASH, E. H., IMBER, S. D., STONE, A. R. & FRANK, J. D. "Reduction of symptoms by pharmacologically inert substances and by short-term psychotherapy." A. M. A. Archives of Neurology and Psychiatry, 79 (1958), 345-351.

GOIN, M. K., YAMAMOTO, J. & SILVERMAN, J. "Therapy congruent with class-linked expectations." Archives of General Psychiatry, 13 (1965), 133-137.

GOLDSTEIN, A. P. "Patient's expectancies and nonspecific therapy as a basis for (un)spontaneous remission." Journal of Clinical Psychology, 16 (1960 a), 399-403; auch in: GOLDSTEIN & DEAN (1966), S. 202-206.

GOLDSTEIN, A. P. "Therapist and client expectation of personality change in psychotherapy." Journal of Counseling Psychology, 7 (1960 b), 180-184.

GOLDSTEIN, A. P. & SHIPMAN, W. G. "Patient expectancies, symptom reduction and aspects of the initial psychotherapeutic interview." Journal of Clinical Psychology, 17 (1961), 129-133; auch in: GOLDSTEIN & DEAN (1966), S. 307-311.

GOLDSTEIN, A. P. "Participant expectancies in psychotherapy." Psychiatry, 25 (1962 a), 72-79.

GOLDSTEIN, A. P. Therapist-Patient Expectancies in Psychotherapy. Oxford (London, New York, Paris): Pergamon Press, 1962 (b).

GOLDSTEIN, A. P. "Psychotherapy research by extrapolation from social psychology." Journal of Counseling Psychology, 13 (1966), 38-45; auch in: GOLDSTEIN & DEAN (1966), S. 36-42.

GOLDSTEIN, A. P. & DEAN, S. J. (Hgg.). The Investigation of Psychotherapy: Commentaries and Readings. New York: John Wiley & Sons, 1966.

GOLDSTEIN, A. P. Structured Learning Therapy. Toward a Psychotherapy for the Poor. New York: Academic Press, 1973.

GRAESSNER, D. "Falk-Giselher Pavels nichtfalsifizierbare Auffassung der Überlegenheit phänomenologisch-existentialistischer Gesprächspsychotherapie - eine ebenfalls gutgemeinte Polemik." GwG-info, 21 (Juni 1975), 6-7.

GRAUPE, S.-R. "Ergebnisse und Probleme der quantitativen Erforschung traditioneller Psychotherapieverfahren." In: STROTZKA, H. (Hg.). Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München/Berlin/Wien: Urban & Schwarzenberg, 1975. S. 32-84.

GREENSPOON, J. "The reinforcing effect of two spoken sounds on the frequency of two responses." American Journal of Psychology, 68 (1955), 409-416.

GROEBEN, N. & WESTMEYER, H. Kriterien psychologischer Forschung. München: Juventa, 1975.

GROSZ, R. D. "Effect of client expectations on the counseling relationship." Personnel and Guidance Journal, 46 (1968), 797-800.

GUTJAHR, W. Die Messung psychischer Eigenschaften. 3. Aufl., Berlin (DDR): VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1974.

HACKER, W. Allgemeine Arbeits- und Ingenieurpsychologie. Berlin (DDR): VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1973.

HACKNEY, I. M. "Client and counselor variables related to outcome of counseling." Dissertation Abstracts, 19,1 (1959), 569.

HART, J. "The development of client-centered therapy." In: HART & TOMLINSON (1970), S. 3-22.

HART, J. & TOMLINSON, T. M. (Hgg.). New Directions in Client-Centered Therapy. Boston: Houghton Mifflin, 1970.

HEINE, R. W. & TROSMAN, H. "Initial expectations of the doctor-patient interaction as a factor in continuance in psychotherapy." Psychiatry, 23 (1960), 275-278.

HELLER, K. & GOLDSTEIN, A. P. "Client dependency and therapist expectancy as relationship maintaining variables in psychotherapy." Journal of Consulting Psychology, 25 (1961), 371-375.

HERKOMMER, S. "Soziologie der Sozialstruktur - Historisch-materialistische Kritikpunkte zu 'Klasse' und 'Schicht'." In: KRYSMANSKI, H. J. & MARWEDEL, P. (Hgg.). Die Krise in der Soziologie. Köln: Pahl-Rugenstein, 1975. S. 122-139.

HILER, E. W. "An analysis of patient-therapist compatibility." Journal of Consulting Psychology, 22 (1958), 341-347.

HOEHN-SARIC, R., FRANK, J. D., IMBER, S. D., NASH, E. H., STONE, A. R. & BATTLE, C. C. "Systematic preparation of patients for psychotherapy - I. Effects on therapy behavior and outcome." Journal of Psychiatric Research, 2 (1964), 267-281.

HOLLINGSHEAD, A. B. & REDLICH, F. Social Class and Mental Illness. New York: John Wiley & Sons, 1958; deutsch: Der Sozialcharakter psychischer Störungen. Frankfurt/Main: S. Fischer, 1975.

HORN, W. Leistungsprüfsystem (LPS). Göttingen: Hogrefe, 1962.

IMBER, S. D., FRANK, J. D., GLIEDMAN, L. H., NASH, E. H. & STONE, A. R. "Suggestibility, social class and the acceptance of psychotherapy." Journal of Clinical Psychology, 12 (1956), 341-344; auch in: GOLDSTEIN & DEAN (1966), S. 304-307.

IRLE, M. Lehrbuch der Sozialpsychologie. Göttingen: Hogrefe, 1975.

JACOBI, B. "Leitfaden für das Erstgespräch bei der Gesprächspsychotherapie unter besonderer Berücksichtigung von Erwartungseffekten." GwG-info, 24 (März 1976), 9-13.

JANIS, I. L. & FIELDS, P. B. "A behavioral assessment of persuasibility: consistency of individual differences." Sociometry, 19 (1956), 241-259.

JAROSCHEWSKI, M. Psychologie im 20. Jahrhundert. Theoretische Entwicklungsprobleme der psychologischen Wissenschaft. Berlin (DDR): Verlag Volk und Wissen, 1975.

KELLY, G. A. The Psychology of Personal Constructs. New York: Norton, 1955.

KLAUS, G. & BUHR, M. (Hgg.). Philosophisches Wörterbuch. Bd. 1. 8., berichtigte Aufl., Berlin: das europäische Buch, 1972.

KLIX, F. Information und Verhalten. Berlin (DDR): VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1973.

KOHLER, C. Kommunikative Psychotherapie. Jena: VEB Gustav Fischer Verlag, 1968.

KOHLER, C. "Die wissenschaftstheoretische Situation der Psychotherapie." In: HELM, J. (Hg.). Psychotherapieforschung. Fragen, Versuche, Fakten. Berlin (DDR): VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1972. S. 9-26.

KOSSAKOWSKI, A. & ETTRICH, K. U. Psychologische Untersuchungen zur Entwicklung der eigenständigen Handlungsregulation. Berlin (DDR): VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1973.

KRASNER, L. "Studies of the Conditioning of Verbal Behavior." Psychological Bulletin, 55 (1958), 148-170.

KRAUSE, M. S. "Clients' expectations of the value of treatment." Mental Hygiene, 51 (1967), 359-365.

KRAUSE, M. S., FITZSIMMONS, M. & WOLF, N. "Focussing on the client's expectations of treatment: brief report." Psychological Reports, 24 (1969), 973-974.

KREISER, L. "Bewußtsein und Erkennen - Die Struktur des kognitiven Verhältnisses des Menschen zur Umwelt." In: PICKENHAIN, L. & THOM, A. (Hgg.). Beiträge zu einer allgemeinen Theorie der Psychiatrie. Jena: VEB Gustav Fischer Verlag, 1968. S. 121-151.

LENNARD, H. L. & BERNSTEIN, A. The Anatomy of Psychotherapy. Systems of Communication and Expectation. New York: Columbia University Press, 1960.

LESSE, S. "Placebo reactions and spontaneous rhythms in psychotherapy." Archives of General Psychiatry, 10 (1964), 497-505.

LEVITT, E. E. "Psychotherapy research and the expectation-reality discrepancy." Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 3 (1966), 163-166.

LIENERT, G. A. Testaufbau und Testanalyse. 3., erw. Aufl., Weinheim: Beltz, 1969.

LIPKIN, S. "Clients' feelings and attitudes in relation to the outcome of client-centered therapy." Psychological Monographs, 68 (1954), Whole No. 372.

LURIJA, A. R. & JUDOWITSCH, F. J. Die Funktion der Sprache in der geistigen Entwicklung des Kindes. 2., überarb. Aufl., Düsseldorf: Schwann, 1973.

MANN, F. & STRAUSS, H. Fragebogen zur Erfassung von Erwartungshaltungen von Klienten. Münster, 1971 (unveröffentlicht).

MANN, F. "Zusammenhänge zwischen Erwartungen von Klienten gegenüber Psychotherapie allgemein und Veränderungen durch Gesprächspsychotherapie gemessen anhand 'objektiver' psychodiagnostischer Tests." Unveröffentlichte Diplomarbeit, Münster, 1972.

MARTIN, P. J. & STERNE, A. L. "Prognostic expectations and treatment outcome." Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43 (1975), 573-576.

MARX, K. & ENGELS, F. "Die Deutsche Ideologie." In: MARX/ENGELS: Werke. Bd. 3, Berlin (DDR): Dietz Verlag, 1973. S. 9-530.

MC MAHON, J. T. "The working class psychiatric patient: a clinical view." In: [illegible] & PEARL, A. (Hgg.). Mental Health of the Poor. New York: Free Press, 1964. S. 283-302.

MC NAIR, D. M., LORR, M. & CALLAHAN, D. M. "Patient and therapist influences on quitting psychotherapy." Journal of Consulting Psychology, 27 (1963), 10-17; auch in: GOLDSTEIN & DEAN (1966), S. 228-234.

MELTZOFF, J. & KORNREICH, M. Research in Psychotherapy. New York: Atherton Press, 1970.

MEYER, A.-E. & GOLLE, R. "Zur Validierung des Brengelmann-Fragebogens E.N.NR. an klinischen Stichproben." Diagnostica, 12 (1966), 93-105.

MILLER, G. A., GALANTER, E. & PRIBRAM, K. H. Plans and the Structure of Behavior. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1960; deutsch: Strategien des Handelns. Pläne und Strukturen des Verhaltens. Stuttgart: Klett, 1973.

MINSEL, W.-R., LANGER, I., PETERS, U. & TAUSCH, R. "Bedeutsame weitere Variablen des Psychotherapeutenverhaltens." Zeitschrift für klinische Psychologie, 2 (1973), 197-210.

MINSEL, W.-R. Praxis der Gesprächspsychotherapie. Wien/Köln/Graz: Hermann Böhlaus Nachf., 1974.

MOCKEWITZ, R. & SCHOTT, P. "Psychische Störungen bei Studenten und deren Versorgung, dargestellt am Beispiel Münster." Unveröffentlichte Diplomarbeit, Münster, 1975.

MOSBY, R. D. "Alteration of clients' expectations about counseling in the direction of client-counselor mutuality by means of an experimental intervention procedure." Dissertation Abstracts International, 33, 1-B (1972), 446-447.

MÜLLER, E. Symptomatologie und Nosologie. Die Soziale Lerntheorie der Persönlichkeit von J. B. Rotter. Unveröffentlichtes Referat, Münster, 1975.

NASH, E. H., HOEHN-SARIC, R., BATTLE, C. C., STONE, A. R., IMBER, S. D. & FRANK, J. D. "Systematic preparation of patients for short-term psychotherapy. II: Relation to characteristics of patient, therapist and the psychotherapeutic process." Journal of Nervous and Mental Disease, 140 (1965), 374-383.

NATTKEMPER, D., SCHOPPE, C. & TETZLAFF, M. Handlungstheoretische Grundlegung der Interaktionsprozesse im Rahmen gesprächspsychotherapeutischer Interventionen. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Münster, 1976.

NEWCOMB, T. M. "The prediction of interpersonal attraction." American Psychologist, 11 (1956), 575-586.

NIE, N. H., HULL, C. H., JENKINS, J. G., STEINBRENNER, K. & BENT, D. H. Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). 2nd. Edition. New York: Mc Graw-Hill, 1975.

OERTER, R. Struktur und Wandlung von Werthaltungen. München: R. Oldenbourg Verlag, 1970.

OETZEL, U. "Psychische Störungen bei Studenten - Ursachen und Therapie." Facit, 36 (1974), 70-78.

OVERALL, B. & ARONSON, H. "Expectations of psychotherapy in patients of lower socioeconomic class." American Journal of Orthopsychiatry, 33 (1963), 421-430.

PARLOFF, M. B. "Therapist-patient relationships and outcome of psychotherapy." Journal of Consulting Psychology, 25 (1961), 29-38.

PARRINO, J. J. "The effect of pre-therapy information on learning in psychotherapy." Dissertation Abstracts International, 31, 1-B (1970), 400.

PAVEL, F.-G. "Die Entwicklung der klientenzentrierten Psychotherapie in den USA von 1942-1973." In: GESELLSCHAFT FÜR WISSENSCHAFTLICHE GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE (1975 a), S. 25-41.

PAVEL, F.-G. "Existentialistische Erlebnistherapie contra naturwissenschaftlich orientierte Gesprächspsychotherapie - eine gutgemeinte Polemik." GwG-info, 20 (März 1975 b), 17-24.

PAVEL, F.-G. "Die Absicht einer Polemik." GwG-info, 21 (Juni 1975 c), 9-11.

PAWLIK, K. Dimensionen des Verhaltens. 2. Aufl., Bern: Huber, 1971.

PIPER, W. E., WOGAN, M. & GETTER, H. "Social learning theory predictors of termination in psychotherapy." In: ROTTER, CHANCE & PHARES (1972), S. 548-553.

PÖHM, N. Das System von C. R. Rogers - Darstellung und Ansatz einer Kritik. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Würzburg, 1972.

RANDALL, H. E. "Client role expectations: a test of role modification procedures." Dissertation Abstracts, 29-B (1969), 4384-4385.

RASKIN, A. "Factors therapists associate with motivation to enter psychotherapy." Journal of Clinical Psychology, 17 (1961), 62-65.

REITER, M. "Variables associated with the degree of preferred directiveness in therapy." Dissertation Abstracts, 27, 10-B (1967), 3679.

RICKERS-OVSIANKINA, M. A., GELLER, J. D., BERZINS, J. J. & ROGERS, G. W. "Patients' role-expectancies in psychotherapy: A theoretical and measurement approach." Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 8 (1971), 124-126.

ROGERS, C. R. Counseling and Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin, 1942; deutsch: Die nicht-direktive Beratung. München: Kindler, 1972.

ROGERS, C. R. Client-Centered Therapy. Boston: Houghton Mifflin, 1951; deutsch: Die klientbezogene Gesprächstherapie. München: Kindler, 1973.

ROGERS, C. R. "The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change." Journal of Consulting Psychology, 21 (1957), 95-103.

ROGERS, C. R. On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin, 1961; deutsch: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart: Klett, 1973.

ROGERS, C. R., GENDLIN, E. T., KIESLER, D. J. & TRUAX, C. B. The Therapeutic Relationship and Its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics. Madison: The University of Wisconsin Press, 1967.

ROGERS, C. R. Freedom to Learn. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill, 1969; deutsch: Lernen in Freiheit. München: Kösel, 1974.

ROGERS, C. R. Carl Rogers on Encounter Groups. New York: Harper & Row, 1970; deutsch: Encounter-Gruppen. München: Kindler, 1974.

ROGERS, C. R. "My philosophy of interpersonal relationships and how it grew." Journal of Humanistic Psychology, 13,2 (1973), 3-15; deutsch (leicht gekürzte Fassung): "Entwicklung und gegenwärtiger Stand meiner Ansichten über zwischenmenschliche Beziehungen." In: GESELLSCHAFT FÜR WISSENSCHAFTLICHE GESPRÄCHS-PSYCHOTHERAPIE (1975), S. 11-24.

ROSENTHAL, D. & FRANK, J. D. "Psychotherapy and the placebo effect." Psychological Bulletin, 53 (1956), 294-302.

ROSENTHAL, R. "On the social psychology of the psychological experiment: the experimenter's hypothesis as unintended determinant of experimental results." American Scientist, 51 (1963), 268-283.

ROTTER, J. B. Social Learning and Clinical Psychology. New York: Prentice-Hall, 1954.

ROTTER, J. B., CHANCE, J. E. & PHARES, E. J. (Hgg.). Applications of a Social Learning Theory of Personality. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1972.

ROTTER, J. B., CHANCE, J. E. & PHARES, E. J. "An Introduction to Social Learning Theory". In: ROTTER, CHANCE & PHARES (1972), S. 1-43.

RUBINSTEIN, S. L. Sein und Bewußtsein. 7. Aufl., Berlin (DDR): Akademie-Verlag, 1973.

SCHOFIELD, W. Psychotherapy, the Purchase of Friendship. Englewood Cliffs, New York: Prentice-Hall, 1964.

SCHULZ, D. "Bemerkungen zu Pavels 'Existentialistische Erlebnistherapie contra naturwissenschaftlich orientierte Gesprächspsychotherapie - eine gutgemeinte Polemik'." GwG-info, 21 (Juni 1975), 8-9.

SHAPIRO, A. K. "Placebo effects in medicine, psychotherapy, and psychoanalysis." In: BERGIN & GARFIELD (1971), S. 439-473.

SHERIF, M. & HOVLAND, C. J. Social Judgement. Yale Studies in Attitude and Communication, Vol. 4. New Haven, Connect.: Yale University Press, 1961.

SHLIEN, J. M., MOSAK, H. H. & DREIKURS, R. "Effect of time limits: a comparison of two psychotherapies." Journal of Counseling Psychology, 9 (1962), 31-34; auch in: GOLDSTEIN & DEAN (1966), S. 235-237.

SLOANE, R. B., CRISTOL, A. H., PEPERNIK, M. C. & STAPLES, F. R. "Role preparation and expectation of improvement in psychotherapy." Journal of Nervous and Mental Disease, 150 (1970), 18-26.

SNYDER, W. U. "Warmth in non-directive counseling." Journal of Abnormal and Social Psychology, 41 (1946), 491-495.

SPERLING, E. & JAHNKE, J. Zwischen Apathie und Protest. Bd. 1. u. 2., Bern: Huber, 1974.

STAUSS, H. "Zusammenhänge zwischen Erwartungshaltungen und psychologischen Veränderungen von Klienten durch Gesprächspsychotherapie gemessen anhand 'subjektiver' Verfahren zur Selbsteinschätzung." Unveröffentlichte Diplomarbeit, Münster, 1973.

STEPHENSON, W. The Study of Behavior. Chicago, 1953.

STRUPP, H. H. "The performance of psychiatrists and psychologists in a therapeutic interview." Journal of Clinical Psychology, 14 (1958), 219-226.

TAUSCH, R. Gesprächspsychotherapie. 2. Aufl., 1968; 5., erg. Aufl., Göttingen: Hogrefe, 1973.

TOLMAN, E. C. "Cognitive maps in rats and men." Psychological Review, 55 (1948), 189-208.

TOMASZEWSKI, T. "Die Struktur der menschlichen Tätigkeiten." Psychologie und Praxis, 8 (1964).

TRIANDIS, H. C. "Cognitive similarity and communication in a dyad." Human Relations, 13 (1960), 175-183.

TRUAX, C. B. & CARKHUFF, R. R. "Personality change in hospitalized mental patients during group psychotherapy as a function of alternate sessions and vicarious therapy pre-training." Journal of Clinical Psychology, 21 (1965), 225-228.

TRUAX, C. B. & CARKHUFF, R. R. Toward Effective Counseling and Psychotherapy. 3rd impr., Chicago: Aldine, 1969.

ÜBERLA, K. Faktorenanalyse. 2. Aufl., Berlin/Heidelberg: Springer, 1971.

VOLPERT, W. Handlungsstrukturanalyse als Beitrag zur Qualifikationsforschung. Sport - Arbeit - Gesellschaft, Bd. 5. Köln: Pahl-Rugenstein, 1974.

WEBER, E. Grundriß der biologischen Statistik. Stuttgart: G. Fischer, 1967.

WEXLER, D. A. & RICE, L. N. (Hgg.). Innovations in Client-Centered Therapy. New York: John Wiley & Sons, 1974.

WILD, A. "Die Persönlichkeitstheorie von Rogers und die Ziele des psychotherapeutischen Handelns." In: GESELLSCHAFT FÜR WISSENSCHAFTLICHE GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE (1975), S. 61-71.

WILKINS, W. "Expectancy of therapeutic gain: an empirical and conceptual critique." Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40 (1973), 69-77.

WILLIAMS, R. & POLLACK, R. H. "Some non-psychological variables in therapy defection in a child-guidance clinic." Journal of Psychology, 58 (1964), 145-155.

WILLIAMS, H. V., LIPMAN, R. S., UHLENHUTH, E. H., RICKELS, K., COVI, L. & MOCK, J. "Some factors influencing the treatment expectations of anxious neurotic outpatients." Journal of Nervous and Mental Disease, 145 (1967), 208-220.

WINDER, C. L., AHMAD, F. Z., BANDURA, A. & RAU, L. C. "Dependency of patients, psychotherapists' responses, and aspects of psychotherapy." Journal of Consulting Psychology, 26 (1962), 129-134.

WINER, B. J. Statistical Principles in Experimental Design. New York: Mc Graw-Hill, 1962.

WYGOTSKI, L. S. Denken und Sprechen. 5. Aufl., Frankfurt/M: S. Fischer Verlag, 1974.

11. A N H A N G

11.1. Tabellen und Abbildungen

		Seite
Überprüfung der Daten auf Normalität:		
- für die Gesamtstichprobe	Tabelle A-1.o	247
- für die Experimentalgruppe I	Tabelle A-1.1	250
- für die Experimentalgruppe II	Tabelle A-1.2	253
- für die Experimentalgruppe III	Tabelle A-1.3	256
- für die Experimentalgruppe IV	Tabelle A-1.4	259
Charakterisierung des Klientels nach: - Stellung des Vaters, - Berufstätigkeit der Mutter, - Anzahl der Geschwister, - Familienstand	Tabelle A-2	262
Überprüfung des Zusammenhanges zwischen der GT-Einführungsart und dem Therapieerfolg	Tabelle A-3	263
Auswerteschlüssel für den FEK I und FEK II	Tabelle A-4	265
Mittlere Standardwerte auf den FPI-Skalen 1 (Nervosität), 3 (Depressivität), 6 (Gelassenheit) und 12 (Maskulinität) vor der Therapie und nach der Therapie:		
- für die Experimentalgruppe I	Abbildung A-1	266
- für die Experimentalgruppe II	Abbildung A-2	266
- für die Experimentalgruppe III	Abbildung A-3	267

Tabelle A-1.o : Mittelwerte, Standardabweichungen, Exzeß und Schiefe für: 12 Skalen des FPI A und B, 3 Skalen des E.N.NR. (1. und 2. Vorgabe), 3 Skalen des LPS A, Rohwertsummen des FEK I (1. und 2. Vorgabe), Rohwertsummen des FEK II, 13 Skalen des TNB;

Gesamtstichprobe (N = 52) (p(0.1)=s.: signifikant; p(0.01)=s.s.: stark signifik.)

Variable	Mittelwert	Stand.-Abw.	Schiefe	Exzeß	
E.N.NR. I					
1	3.8269E oo	1.5175E oo	o.249	2.675	
2	7.o346E oo	2.5898E oo	-1.o62	3.3o5	s.s.
3	1.9423E oo	1.o921E oo	o.388	3.116	
FPI A					
1	6.4231E oo	1.84o1E oo	-o.277	2.11o	
2	5.1923E oo	1.8o46E oo	o.144	2.189	
3	7.1538E oo	1.6o13E oo	-o.861	3.561	s.
4	5.6346E oo	1.8o44E oo	-o.595	3.o95	
5	3.6923E oo	2.2276E oo	o.575	2.527	
6	2.7115E oo	1.2885E oo	1.1o6	3.599	s.s.
7	3.6346E oo	1.95o7E oo	o.475	2.559	
8	6.4423E oo	1.7647E oo	-o.585	2.753	
9	4.6346E oo	1.93o4E oo	o.214	3.o77	
1o	3.5962E oo	1.6717E oo	o.149	2.383	
11	6.3269E oo	1.6771E oo	o.128	2.1o4	
12	3.o385E oo	1.4946E oo	o.29o	2.153	

Tabelle A-1.o : Fortsetzung: Gesamtstichprobe (N = 52)

Variable	Mittelwert	Stand.-Abw.	Schiefe	Exzeß	
LPS A					
1	6.7885E oo	1.2100E oo	-1.130	5.215	s.s.
2	6.7885E oo	1.4050E oo	-0.262	2.631	
3	7.1731E oo	1.2637E oo	-1.095	3.492	s.s.
E.N.NR. II					
1	3.8269E oo	1.7681E oo	0.394	1.752	s.s.
2	7.0385E oo	2.9768E oo	-0.664	2.168	
3	1.9038E oo	1.2408E oo	0.432	2.991	
FPI B					
1	5.6538E oo	2.2307E oo	-0.275	2.031	
2	4.9615E oo	1.6083E oo	0.291	2.283	
3	5.8846E oo	2.4306E oo	-0.352	1.858	s.s.
4	5.1538E oo	2.0135E oo	-0.213	2.355	
5	4.0385E oo	1.9996E oo	0.407	2.487	
6	3.6154E oo	1.9519E oo	0.599	2.516	
7	4.0385E oo	1.8990E oo	-0.108	1.746	s.s.
8	6.1154E oo	2.3402E oo	-0.743	2.743	
9	4.8462E oo	2.0993E oo	0.244	2.680	
10	3.6346E oo	1.5969E oo	-0.116	2.389	
11	6.2500E oo	2.1951E oo	-0.277	1.847	s.s.
12	3.6154E oo	1.6587E oo	0.446	2.791	

Tabelle A-1.o : Fortsetzung: Gesamtstichprobe (N = 52)

Variable	Mittelwert	Stand.-Abw.	Schiefe	Exzeß	
TNB					
1	1.8333E oo	1.1472E oo	o.748	1.856	
2	3.9o38E oo	1.4721E oo	-o.354	2.o9o	
3	1.86ooE oo	3.5o51E-o1	-2.o75	5.3o6	s.s.
4	1.75ooE oo	4.3759E-o1	-1.155	2.333	s.s.
5	1.54ooE oo	5.o346E-o1	-o.161	1.o26	s.s.
6	3.3269E oo	1.o796E oo	o.o77	2.o59	
7	3.3137E oo	1.3927E oo	-o.35o	1.925	s.
8	1.98o8E oo	9.5979E-o1	1.113	4.o22	s.s.
9	2.5962E oo	1.o148E oo	o.418	3.o89	
1o	1.3922E oo	4.93o9E-o1	o.442	1.195	s.s.
11	4.8846E oo	8.9998E-o1	-o.913	3.998	s.
12	1.5769E oo	4.9887E-o1	-o.311	1.o97	s.s.
13	3.3o77E oo	1.o2o2E oo	-o.196	3.4o2	
FEK I A_1	15.154E o1	5.4138E oo	o.252	2.o26	
FEK I W_1	14.385E o1	5.6226E oo	o.228	2.27o	
FEK I A_2	2o.192E o1	6.2874E oo	-o.785	2.929	s.
FEK I W_2	17.423E o1	5.5848E oo	-o.o69	2.318	
FEK II					
Z1	1.1429E o1	7.7728E oo	o.529	2.25o	
Z2	6.2653E oo	4.oo4oE oo	o.867	3.43o	s.
Z3	7.3409E oo	4.2314E oo	o.741	3.5o9	
Z4	9.o244E oo	5.27o1E oo	o.487	2.597	
Rohsumme	27.519E o1	1.831oE oo	-o.817	3.o52	s.

Tabelle A-1.1: Mittelwerte, Standardabweichungen, Exzeß und Schiefe für: 12 Skalen des FPI A und B, 3 Skalen des E.N.NR. (1. und 2. Vorgabe), 3 Skalen des LPS A, Rohwertsummen des FEK I (1. und 2. Vorgabe), Rohwertsummen des FEK II, 13 Skalen des TNB;

Experimentalgruppe I (N = 13) (p(o.1)=s.: signifikant; p(o.o1)=s.s.:stark signifikant)

Variable	Mittelwert	Stand.-Abw.	Schiefe	Exzeß	
E.N.NR.I					
1	3.3846E+oo	1.4456E+oo	o.153	2.155	
2	8.oooE+oo	2.9155E+oo	-1.743	5.36o	s.s.
3	2.4615E+oo	1.33o1E+oo	o.196	2.724	
FPI A					
1	6.6923E+oo	1.7974E+oo	-o.326	2.517	
2	5.1538E+oo	2.1153E+oo	o.231	2.o87	
3	7.5385E+oo	1.1983E+oo	o.o57	1.554	
4	5.4615E+oo	2.o662E+oo	-o.769	2.795	
5	3.o769E+oo	1.7541E+oo	o.o72	1.7oo	
6	2.4615E+oo	7.7625E-o1	o.132	2.7oo	
7	4.oooE+oo	1.9579E+oo	-o.485	2.162	
8	6.8462E+oo	1.9o81E+oo	-o.746	2.376	
9	4.23o8E+oo	2.1662E+oo	-o.411	1.916	
1o	3.4615E+oo	1.898oE+oo	o.366	2.o65	
11	6.6154E+oo	1.7578E+oo	o.o4o	1.9o7	
12	3.oooE+oo	1.291oE+oo	o.o	2.21o	

Tabelle A-1.1 : Fortsetzung: Experimentalgruppe I (N = 13)

Variable	Mittelwert	Stand.-Abw.	Schiefe	Exzeß	
LPS A					
1	6.3o77E+oo	9.4734E-o1	-o.645	4.212	
2	6.6923E+oo	1.4936E+oo	-o.232	1.99o	
3	6.7692E+oo	1.69o9E+oo	-o.378	2.o38	
E.N.NR. II					
1	3.6923E+oo	1.6o13E+oo	o.777	2.467	
2	7.6923E+oo	2.3588E+oo	-o.568	1.738	
3	2.23o8E+oo	1.69o9E+oo	o.378	2.o38	
FPI B					
1	6.23o8E+oo	1.8777E+oo	-o.189	2.o54	
2	5.o769E+oo	1.4412E+oo	o.o36	1.753	
3	6.6923E+oo	2.1364E+oo	-1.184	3.142	
4	5.3846E+oo	1.7o97E+oo	o.829	2.832	
5	3.3846E+oo	2.o631E+oo	o.4o8	1.873	
6	3.3o77E+oo	1.75o5E+oo	o.286	1.8oo	
7	4.4615E+oo	1.56o7E+oo	-1.o89	3.o77	
8	7.oooo E+oo	2.o412E+oo	-2.142	6.937	s.s.
9	4.8462E+oo	2.6o92E+oo	o.o28	2.178	
1o	3.5385E+oo	1.56o7E+oo	-o.143	2.473	
11	6.7692E+oo	1.7867E+oo	-o.917	2.72o	
12	3.1538E+oo	1.3445E+oo	-o.o73	2.215	

Tabelle A-1.1 : Fortsetzung: Experimentalgruppe I (N = 13)

Variable	Mittelwert	Stand.-Abw.	Schiefe	Exzeß	
TNB					
1	2.4286E+oo	1.3973E+oo	-o.o4o	1.27o	
2	3.9231E+oo	1.6053E+oo	o.oo3	1.549	
3	1.9231E+oo	2.7735E-o1	-3.175	11.o89	s.s.
4	1.7692E+oo	4.3853E-o1	-1.278	2.634	
5	1.4615E+oo	5.1887E-o1	o.154	1.o24	s.s.
6	2.9231E+oo	7.5956E-o1	o.119	1.883	
7	2.7692E+oo	1.48o6E+oo	o.o9o	1.759	
8	1.8462E+oo	6.8874E-o1	o.179	2.247	
9	2.4615E+oo	1.o5ooE+oo	o.779	3.8o9	
1o	1.23o8E+oo	4.3853E-o1	1.278	2.633	
11	4.9231E+oo	8.6232E-o1	-o.668	3.13o	
12	1.4615E+oo	5.1887E-o1	o.154	1.o24	s.s.
13	3.23o8E+oo	1.2352E+oo	o.376	3.474	
FEK I A_1	1.3ooOE+o1	4.1633E+oo	-o.188	1.642	
FEK I W_1	1.2ooOE+o1	4.o825E+oo	o.551	2.187	
FEK I A_2	2.o231E+o1	5.3566E+oo	-o.333	1.829	
FEK I W_2	1.6ooOE+o1	3.873oE+oo	o.296	1.916	
FEK II					
Z1	1.o25oE+o1	7.35ooE+oo	o.561	1.751	
Z2	5.7692E+oo	4.226oE+oo	1.133	3.641	
Z3	7.oooOE+oo	4.3o12E+oo	o.327	2.154	
Z4	8.4167E+oo	4.358oE+oo	o.469	1.681	
Rohsumme	2.7o77E+o1	1.8o11E+oo	-1.o12	3.9o3	

Tabelle A-1.2 : Mittelwerte, Standardabweichungen, Exzeß und Schiefe für: 12 Skalen des FPI A und B, 3 Skalen des E.N.NR. (1. und 2. Vorgabe), 3 Skalen des LPS A, Rohwertsummen des FEK I (1. und 2. Vorgabe), Rohwertsummen des FEK II, 13 Skalen des TNB;

Experimentalgruppe II (N = 12) (p(o.1)=s.:signifikant; p(o.o1)=s.s.:stark signifikant)

Variable	Mittelwert	Stand.-Abw.	Schiefe	Exzeß	
E.N.NR. I					
1	2.5833E+oo	1.4434E+oo	-o.173	2.276	
2	7.oooE+oo	2.6629E+oo	-o.724	2.284	
3	1.9167E+oo	9.oo34E-o1	o.941	3.477	
FPI A					
1	5.6667E+oo	1.557oE+oo	-o.475	1.567	
2	5.oooE+oo	1.6654E+oo	o.o	1.36o	s.
3	6.75ooE+oo	1.6583E+oo	-o.586	2.o91	
4	5.o833E+oo	1.832oE+oo	-o.868	3.o13	
5	4.o833E+oo	2.2747E+oo	o.232	1.989	
6	2.5833E+oo	1.6214E+oo	o.981	2.782	
7	3.25ooE+oo	1.9598E+oo	o.317	1.7o7	
8	6.25ooE+oo	1.4848E+oo	o.424	2.229	
9	4.5833E+oo	2.o652E+oo	o.394	3.4o5	
1o	3.5oooE+oo	1.1677E+oo	o.358	2.92o	
11	5.9167E+oo	1.5643E+oo	-o.oo7	3.o11	
12	3.5833E+oo	1.25o1E+oo	o.548	2.322	

Tabelle A-1.2 : Fortsetzung: Experimentalgruppe II (N = 12)

Variable	Mittelwert	Stand.-Abw.	Schiefe	Exzeß	
LPS A					
1	6.5833E+oo	1.379oE+oo	-1.593	4.924	s.
2	7.oooE+oo	9.5346E-o1	o.657	2.638	
3	7.1667E+oo	1.2673E+oo	-o.6o1	2.291	
E.N.NR. II					
1	3.9167E+oo	2.2747E+oo	o.155	1.337	s.s.
2	6.5833E+oo	3.1754E+oo	-o.544	1.981	
3	1.5ooE+oo	1.1677E+oo	o.358	2.92o	
FPI B					
1	4.9167E+oo	2.4293E+oo	-o.o98	1.633	
2	5.25ooE+oo	1.2154E+oo	-o.178	2.283	
3	5.4167E+oo	2.1515E+oo	-o.567	2.457	
4	4.9167E+oo	2.1933E+oo	-o.43o	1.795	
5	4.3333E+oo	1.7753E+oo	-o.o19	2.419	
6	3.4167E+oo	1.832oE+oo	1.2o4	4.352	
7	3.3333E+oo	2.3868E+oo	o.677	1.653	
8	5.4167E+oo	2.1933E+oo	-o.o18	3.o98	
9	4.5833E+oo	2.o652E+oo	o.394	3.4o5	
1o	3.6667E+oo	1.3o27E+oo	-o.382	3.153	
11	5.9167E+oo	2.5o3oE+oo	-o.556	2.151	
12	4.1667E+oo	1.9924E+oo	o.554	2.53o	

Tabelle A-1.2 : Fortsetzung: Experimentalgruppe II (N = 12)

Variable	Mittelwert	Stand.-Abw.	Schiefe	Exzeß	
TNB					
1	1.5714E+oo	9.759oE-o1	o.949	1.9oo	
2	3.1667E+oo	1.4668E+oo	-o.298	1.599	
3	1.9o91E+oo	3.o152E-o1	-2.846	9.1o3	s.s.
4	1.625oE+oo	5.1755E-o1	-o.516	1.267	s.
5	1.6346E+oo	5.o453E-o1	-o.567	1.322	s.
6	3.6667E+oo	1.2432E+oo	-o.445	2.481	
7	3.5ooOE+oo	1.2432E+oo	-o.445	2.481	
8	2.1667E+oo	1.1146E+oo	o.488	1.99o	
9	2.3333E+oo	1.o731E+oo	o.222	1.911	
1o	1.5833E+oo	5.1493E-o1	-o.338	1.114	s.s.
11	4.8333E+oo	8.3485E-o1	-o.67o	3.263	
12	1.6667E+oo	4.9237E-o1	-o.7o7	1.5oo	
13	3.3333E+oo	8.8763E-o1	o.121	2.379	
FEK I A_1	1.8583E+o1	5.8537E+oo	-o.313	1.911	
FEK I W_1	1.75ooE+o1	6.2885E+oo	-o.3o2	2.5o4	
FEK I A_2	2.3583E+o1	5.4349E+oo	-1.o82	3.357	
FEK I W_2	2.o75oE+o1	5.3449E+oo	-o.81o	2.855	
FEK II					
Z1	1.3727E+o1	8.6728E+oo	o.348	2.o5o	
Z2	6.25ooE+oo	3.7203E+oo	o.315	2.179	
Z3	6.7273E+oo	4o765E+oo	o.225	2.318	
Z4	7.5ooOE+oo	6.8o34E+oo	1.279	3.621	
Rohsumme	2.7917E+o1	1.3116E+oo	-o.868	4.424	

Tabelle A-1.3 : Mittelwerte, Standardabweichungen, Exzeß und Schiefe für: 12 Skalen des FPI A und B, 3 Skalen des E.N.NR. (1. und 2. Vorgabe), 3 Skalen des LPS A. Rohwertsummen des FEK I (1. und 2. Vorgabe), Rohwertsummen des FEK II, 13 Skalen des TNB;

Experimentalgruppe III (N = 13) (p(0.1)=s.: signifikant; p(0.01)=s.s.: stark sign.)

Variable	Mittelwert	Stand.-Abw.	Schiefe	Exzeß
E.N.NR. I				
1	3.6923E+oo	1.6525E+oo	o.627	2.269
2	8.23o8E+oo	2.1274E+oo	-1.124	3.o54
3	1.4615E+oo	1.1266E+oo	o.o99	1.733
FPI A				
1	7.23o8E+oo	1.7867E+oo	-o.451	1.862
2	5.3846E+oo	1.7o97E+oo	o.2o5	2.91o
3	7.4615E+oo	1.2659E+oo	-o.423	2.219
4	6.23o8E+oo	1.6408E+oo	-o.383	2.599
5	3.7692E+oo	2.7433E+oo	o.982	2.681
6	2.6923E+oo	1.1o94E+oo	1.o17	2.337
7	4.oooo E+oo	2.3o94E+oo	o.972	2.755
8	6.6923E+oo	1.1821E+oo	-o.323	1.7o2
9	4.7692E+oo	1.48o6E+oo	o.o9o	1.76o
1o	3.7692E+oo	2.1662E+oo	o.1o4	1.78o
11	6.7692E+oo	1.6408E+oo	-o.o88	1.725
12	2.o769E+oo	1.32o5E+oo	o.986	2.857

Tabelle A-1.3 : Fortsetzung: Experimentalgruppe III (N = 13)

Variable	Mittelwert	Stand.-Abw.	Schiefe	Exzeß
LPS A				
1	7.1538E+oo	8.9872E-o1	o.416	2.551
2	6.4615E+oo	1.1983E+oo	-o.o57	1.554
3	7.3o77E+oo	9.4734E-o1	-1.257	3.694
E.N.NR. II				
1	3.5385E+oo	1.6641E+oo	o.89o	2.4oo
2	7.9231E+oo	2.3966E+oo	-o.889	2.559
3	1.9231E+oo	1.1875E+oo	-o.16o	2.335
FPI B				
1	5.8462E+oo	2.o35oE+oo	-o.216	2.117
2	5.o769E+oo	1.9348E+oo	o.6o6	2.189
3	6.1538E+oo	2.4o99E+oo	-o.41o	1.812
4	5.o769E+oo	2.2159E+oo	-o.34o	2.1o4
5	4.oooo E+oo	2.3452E+oo	o.888	2.7o4
6	3.4615E+oo	1.8o81E+oo	o.329	1.6o4
7	4.3846E+oo	1.7578E+oo	-o.232	2.536
8	6.8462E+oo	2.1926E+oo	-o.834	2.81o
9	5.3o77E+oo	2.o16oE+oo	o.769	2.453
1o	3.5385E+oo	2.o255E+oo	o.161	1.893
11	6.5385E+oo	2.1454E+oo	-o.16o	1.692
12	3.3o77E+oo	1.o316E+oo	1.251	4.715

Tabelle A-1.3 : Fortsetzung: Experimentalgruppe III (N = 13)

Variable	Mittelwert	Stand.-Abw.	Schiefe	Exzeß	
TNB					
1	3.2000E+00	4.4721E-01	1.500	3.252	s.s.
2	4.3077E+00	9.4733E-01	-1.257	3.692	
3	1.9167E+00	2.8868E-01	-3.015	10.093	s.s.
4	1.9231E+00	2.7735E-01	-3.175	11.089	s.s.
5	1.6154E+00	5.0637E-01	-0.474	1.225	s.s.
6	3.1538E+00	9.8710E-01	0.230	1.974	
7	3.5833E+00	1.3790E+00	-0.506	2.017	
8	1.7692E+00	4.3853E-01	1.278	2.634	
9	2.6923E+00	7.5107E-01	-0.691	3.372	
10	1.3846E+00	5.0637E-01	0.474	1.225	s.s.
11	4.4615E+00	9.6743E-01	-1.612	4.342	s.
12	1.4615E+00	5.1887E-01	0.154	1.024	s.s.
13	3.3077E+00	9.4733E-01	-0.645	4.208	
FEK I A_1	1.3462E+01	4.3897E+00	0.692	2.194	
FEK I W_1	1.3846E+01	4.8964E+00	0.544	3.327	
FEK I A_2	2.1462E+01	3.9711E+00	-0.340	2.190	
FEK I W_2	1.8615E+01	4.8225E+00	0.427	2.930	
FEK II					
Z1	1.1231E+01	6.5339E+00	0.064	2.107	
Z2	7.0833E+00	4.4202E+00	0.687	3.207	
Z3	6.7000E+00	2.4967E+00	-0.499	2.310	
Z4	9.2000E+00	6.0700E+00	0.475	2.116	
Rohsumme	2.6538E+01	2.2955E+00	0.032	1.690	

Tabelle A-1.4 : Mittelwerte, Standardabweichungen, Exzeß und Schiefe für: 12 Skalen des FPI A und B, 3 Skalen des E.N.NR. (1. und 2. Vorgabe), 3 Skalen des LPS A, Rohwertsummen des FEK I (1. und 2. Vorgabe), Rohwertsummen des FEK II, 13 Skalen des TNB;

Experimentalgruppe IV (N = 14) (p(0.1)=s.: signifikant; p(0.01)=s.s.: stark sign.)

Variable	Mittelwert	Stand.-Abw.	Schiefe	Exzeß
E.N.NR. I				
1	3.5714E+oo	1.4525E+oo	o.166	2.423
2	7.2857E+oo	2.7o12E+oo	-o.5o9	2.o55
3	1.9286E+oo	8.2874E-o1	o.129	1.579
FPI A				
1	6.o714E+oo	1.9793E+oo	-o.287	1.8oo
2	5.2143E+oo	1.8884E+oo	-o.o35	1.959
3	6.8571E+oo	2.1o7oE+oo	-o.778	2.87o
4	5.7143E+oo	1.6838E+oo	-o.o35	2.53o
5	3.8571E+oo	2.1788E+oo	o.o5o	1.669
6	3.o714E+oo	1.5424E+oo	o.922	2.721
7	3.2857E+oo	1.6375E+oo	o.666	1.866
8	6.ooooE+oo	2.2871E+oo	-o.48o	2.o95
9	4.9286E+oo	2.o926E+oo	o.882	2.9o4
1o	3.6429E+oo	1.4469E+oo	-o.612	2.699
11	6.oooOE+oo	1.7541E+oo	o.444	2.135
12	3.5ooOE+oo	1.6984E+oo	o.o49	1.811

Tabelle A-1.4 : Fortsetzung: Experimentalgruppe IV (N = 14)

Variable	Mittelwert	Stand.-Abw.	Schiefe	Exzeß	
TNB					
1	1.0000E+00	0.0	0.0	0.0	
2	4.1429E+00	1.6575E+00	-0.339	1.917	
3	1.7143E+00	4.6881E-01	-0.949	1.901	
4	1.6429E+00	4.9725E-01	-0.596	1.356	s.s.
5	1.4615E+00	5.1887E-01	0.154	1.024	s.s.
6	3.5714E+00	1.2839E+00	-0.503	2.227	
7	3.4286E+00	1.4525E+00	-0.478	1.913	
8	2.1429E+00	1.3506E+00	0.901	2.520	
9	2.8571E+00	1.1673E+00	0.584	2.609	
10	1.3846E+00	5.0637E-01	0.474	1.225	s.s.
11	5.2857E+00	8.2542E-01	-0.556	1.787	
12	1.7143E+00	4.6881E-01	-0.949	1.901	
13	3.3571E+00	1.0818E+00	-0.753	2.793	
FEK I A_1	1.5786E+01	5.7803E+00	-0.131	1.751	
FEK I W_1	1.4429E+01	6.1733E+00	-0.295	1.573	
FEK I A_2	1.6071E+01	7.6507E+00	-0.245	1.764	
FEK I W_2	1.4785E+01	6.4591E+00	0.209	1.901	
FEK II					
Z1	1.0769E+01	8.9457E+00	0.737	2.287	
Z2	6.0000E+00	4.0000E+00	1.184	4.471	
Z3	9.1000E+00	5.6263E+00	0.722	2.387	
Z4	1.0636E+01	4.4107E+00	-0.495	3.525	
Rohsumme	2.8500E+01	1.2247E+00	-0.520	3.093	

Tabelle A-1.4 : Fortsetzung: Experimentalgruppe IV (N = 14)

Variable	Mittelwert	Stand.-Abw.	Schiefe	Exzeß	
LPS A					
1	7.0714E+00	1.4392E+00	-1.574	5.695	s.
2	7.0000E+00	1.8397E+00	-0.538	2.487	
3	7.4286E+00	1.0894E+00	-2.404	8.195	s.s.
E.N.NR. II					
1	4.1429E+00	1.6575E+00	-0.024	1.409	s.
2	6.0000E+00	3.6374E+00	-0.159	1.501	s.
3	1.9286E+00	8.2874E-01	0.129	1.579	
FPI B					
1	5.5714E+00	2.5635E+00	-0.185	1.792	
2	4.5000E+00	1.7867E+00	0.462	2.145	
3	5.2857E+00	2.8937E+00	0.258	1.577	
4	5.2143E+00	2.1187E+00	-0.240	2.300	
5	4.4286E+00	1.8278E+00	0.275	2.753	
6	4.2143E+00	2.3916E+00	0.263	1.894	
7	3.9286E+00	1.8590E+00	0.033	1.723	
8	5.2143E+00	2.5474E+00	-0.422	2.063	
9	4.6429E+00	1.8232E+00	-0.080	1.642	
10	3.7857E+00	1.5777E+00	-0.367	2.361	
11	5.7857E+00	2.3916E+00	0.507	1.451	s.
12	3.8571E+00	2.0327E+00	-0.256	1.553	

Tab. A-2: Charakterisierung des Klientels nach: Stellung des Vaters, Berufstätigkeit der Mutter, Anzahl der Geschwister und Familienstand (N = 52).

	Anzahl der Nennungen	
	absolut	in Prozent
Stellung des Vaters:		
Akademiker	15	28.8
Arbeiter	3	5.8
Sonstige	28	53.8
ohne Angabe	6	11.6
Summe	52	100.0
Berufstätigkeit der Mutter:		
Ja	10	19.2
Nein	36	69.2
ohne Angabe	6	11.6
Summe	52	100.0
Anzahl der Geschwister:		
0 - 1	24	46.2
2 - 3	21	40.4
4 - 7	7	13.4
Summe	52	100.0
Familienstand:		
ledig	39	75
verheiratet	13	25
Summe	52	100.0

Tab. A-3: 2-FACHE VARIANZANALYSE MIT MESSWIEDERHOLUNG AUF 1 FAKTOR

Überprüfung des Zusammenhanges zwischen den verschiedenen GT-Einführungsarten und dem Therapieerfolg (gemessen anhand der wiederholten Darbietung des E.N.NR. und des FPI). FAKTOR A: Gruppeneinteilung nach Einführungsart I,II und III; FAKTOR B: Therapieeinfluß; A x B: Wechselwirkung zwischen Einführungsart und Therapieerfolg. (x = p(o.5); xx = p(o.1)).

VARIABLE NR.	ANZAHL		SS	DF	MS	F
1	38	E.N.NR. Extraversion		3 EXPERIMENTALGRUPPEN;	VORTEST-NACHTEST	
BETWEEN SUBJECTS			177.95	37		
A EINFUEHRUNGSART			1.83	2	0.92	0.18
SUBJECTS WITHIN GROUPS			176.12	35	5.03	
WITHIN SUBJECTS			37.00	38		
B THERAPIE - EINFLUSS			4.26	1	4.26	5.84 X
A B			7.17	2	3.59	4.91 X
B*SUBJECTS WITHIN GROUPS			25.56	35	0.73	
2	38	E.N.NR. Neurotizismus		3 EXPERIMENTALGRUPPEN;	VORTEST-NACHTEST	
BETWEEN SUBJECTS			384.86	37		
A EINFUEHRUNGSART			23.16	2	11.58	1.12
SUBJECTS WITHIN GROUPS			361.69	35	10.33	
WITHIN SUBJECTS			121.50	38		
B THERAPIE - EINFLUSS			2.22	1	2.22	0.65
A B			0.05	2	0.03	0.01
B*SUBJECTS WITHIN GROUPS			119.23	35	3.41	
3	38	E.N.NR. Rigidität		3 EXPERIMENTALGRUPPEN;	VORTEST-NACHTEST	
BETWEEN SUBJECTS			88.53	37		
A EINFUEHRUNGSART			7.14	2	3.57	1.54
SUBJECTS WITHIN GROUPS			81.38	35	2.33	
WITHIN SUBJECTS			33.00	38		
B THERAPIE - EINFLUSS			0.05	1	0.05	0.06
A B			2.72	2	1.36	1.57
B*SUBJECTS WITHIN GROUPS			30.23	35	0.86	
4	38	FPI Nervosität		3 EXPERIMENTALGRUPPEN;	VORTEST-NACHTEST	
BETWEEN SUBJECTS			228.43	37		
A EINFUEHRUNGSART			24.05	2	12.03	2.06
SUBJECTS WITHIN GROUPS			204.38	35	5.84	
WITHIN SUBJECTS			73.50	38		
B THERAPIE - EINFLUSS			14.33	1	14.33	8.91 XX
A B			2.89	2	1.45	0.90
B*SUBJECTS WITHIN GROUPS			56.28	35	1.61	
5	38	FPI Aggressivität		3 EXPERIMENTALGRUPPEN;	VORTEST-NACHTEST	
BETWEEN SUBJECTS			156.11	37		
A EINFUEHRUNGSART			0.21	2	0.11	0.02
SUBJECTS WITHIN GROUPS			155.89	35	4.45	
WITHIN SUBJECTS			50.00	38		
B THERAPIE - EINFLUSS			0.05	1	0.05	0.04
A B			0.98	2	0.49	0.35
B*SUBJECTS WITHIN GROUPS			48.97	35	1.40	
6	38	FPI Depressivität		3 EXPERIMENTALGRUPPEN;	VORTEST-NACHTEST	
BETWEEN SUBJECTS			163.42	37		
A EINFUEHRUNGSART			13.90	2	6.95	1.63
SUBJECTS WITHIN GROUPS			149.53	35	4.27	
WITHIN SUBJECTS			119.00	38		
B THERAPIE - EINFLUSS			25.47	1	25.47	9.63 XX
A B			0.96	2	0.48	0.18
B*SUBJECTS WITHIN GROUPS			92.56	35	2.64	
7	38	FPI Erregbarkeit		3 EXPERIMENTALGRUPPEN;	VORTEST-NACHTEST	
BETWEEN SUBJECTS			206.68	37		
A EINFUEHRUNGSART			5.45	2	2.73	0.47
SUBJECTS WITHIN GROUPS			201.23	35	5.75	
WITHIN SUBJECTS			75.00	38		
B THERAPIE - EINFLUSS			4.26	1	4.26	3.76
A B			4.60	2	2.30	1.22
B*SUBJECTS WITHIN GROUPS			66.14	35	1.89	

Tab. A-5: Fortsetzung: 2-fache Varianzanalyse mit N [illegible]

8	38	FPI Geselligkeit	3 EXPERIMENTALGRUPPEN;	VORTEST-NACHTEST	
BETWEEN SUBJECTS		312.74	37		
A EINFUEHRUNGSART		12.51	2	6.25	0.77
SUBJECTS WITHIN GROUPS		300.23	35	8.58	
WITHIN SUBJECTS		37.00	38		
B THERAPIE - EINFLUSS		1.32	1	1.32	1.29
A B		0.02	2	0.01	0.01
B*SUBJECTS WITHIN GROUPS		35.66	35	1.02	
9	38	FPI Gelassenheit	3 EXPERIMENTALGRUPPEN;	VORTEST-NACHTEST	
BETWEEN SUBJECTS		95.49	37		
A EINFUEHRUNGSART		0.49	2	0.24	0.09
SUBJECTS WITHIN GROUPS		95.00	35	2.71	
WITHIN SUBJECTS		81.50	38		
B THERAPIE - EINFLUSS		12.64	1	12.64	6.43 X
A B		0.02	2	0.01	0.01
B*SUBJECTS WITHIN GROUPS		68.83	35	1.97	
10	38	FPI Dominanzstreben	3 EXPERIMENTALGRUPPEN;	VORTEST-NACHTEST	
BETWEEN SUBJECTS		214.53	37		
A EINFUEHRUNGSART		13.91	2	6.96	1.21
SUBJECTS WITHIN GROUPS		200.61	35	5.73	
WITHIN SUBJECTS		83.00	38		
B THERAPIE - EINFLUSS		1.89	1	1.89	0.82
A B		0.49	2	0.25	0.11
B*SUBJECTS WITHIN GROUPS		80.61	35	2.30	
11	38	FPI Gehemmtheit	3 EXPERIMENTALGRUPPEN;	VORTEST-NACHTEST	
BETWEEN SUBJECTS		181.95	37		
A EINFUEHRUNGSART		17.15	2	8.58	1.82
SUBJECTS WITHIN GROUPS		164.80	35	4.71	
WITHIN SUBJECTS		85.00	38		
B THERAPIE - EINFLUSS		0.47	1	0.47	0.21
A B		4.00	2	2.00	0.87
B*SUBJECTS WITHIN GROUPS		80.53	35	2.30	
12	38	FPI Offenheit	3 EXPERIMENTALGRUPPEN;	VORTEST-NACHTEST	
BETWEEN SUBJECTS		279.70	37		
A EINFUEHRUNGSART		3.94	2	1.97	0.25
SUBJECTS WITHIN GROUPS		275.76	35	7.88	
WITHIN SUBJECTS		35.50	38		
B THERAPIE - EINFLUSS		2.96	1	2.96	3.33
A B		1.39	2	0.69	0.78
B*SUBJECTS WITHIN GROUPS		31.15	35	0.89	
13	38	FPI Extraversion	3 EXPERIMENTALGRUPPEN;	VORTEST-NACHTEST	
BETWEEN SUBJECTS		171.53	37		
A EINFUEHRUNGSART		0.31	2	0.15	0.03
SUBJECTS WITHIN GROUPS		171.22	35	4.89	
WITHIN SUBJECTS		41.00	38		
B THERAPIE - EINFLUSS		0.0	1	0.0	0.0
A B		0.55	2	0.28	0.24
B*SUBJECTS WITHIN GROUPS		40.45	35	1.16	
14	38	FPI Emotionale Labilität	3 EXPERIMENTALGRUPPEN;	VORTEST-NACHTEST	
BETWEEN SUBJECTS		180.17	37		
A EINFUEHRUNGSART		9.41	2	4.71	0.96
SUBJECTS WITHIN GROUPS		170.76	35	4.88	
WITHIN SUBJECTS		88.50	38		
B THERAPIE - EINFLUSS		0.01	1	0.01	0.01
A B		0.49	2	0.24	0.10
B*SUBJECTS WITHIN GROUPS		88.00	35	2.51	
15	38	FPI Maskulinität	3 EXPERIMENTALGRUPPEN;	VORTEST-NACHTEST	
BETWEEN SUBJECTS		105.54	37		
A EINFUEHRUNGSART		18.03	2	9.01	3.61
SUBJECTS WITHIN GROUPS		87.51	35	2.50	
WITHIN SUBJECTS		60.50	38		
B THERAPIE - EINFLUSS		8.22	1	8.22	5.94 X
A B		3.82	2	1.91	1.38
B*SUBJECTS WITHIN GROUPS		48.46	35	1.38	

Tab. A-4: Auswerteschlüssel für den FEK I und den FEK II

FEK I (Annahmen)	FEK I (Wünsche)	FEK II	Die im Sinne des GT-Konzepts richtige Antwort lautet:
Item 1	Item 29	Item 1	Nein
2	11	2	Nein
3	3o	3	Ja
4	2o	4	Nein
5	17	5	Nein
6	6	6	Ja
7	4	7	Nein
8	3	8	Nein
9	21	9	Nein
1o	2	1o	Ja
11	15	11	Ja
12	23	12	Nein
13	19	13	Ja
14	14	14	Nein
15	16	15	Nein
16	5	16	Nein
17	9	17	Nein
18	8	18	Nein
19	27	19	Nein
2o	28	2o	Nein
21	24	21	Nein
22	26	22	Nein
23	7	23	Nein
24	22	24	Nein
25	13	25	Ja
26	1o	26	Nein
27	12	27	Nein
28	18	28	Nein
29	25	29	Nein
3o	1	3o	Ja

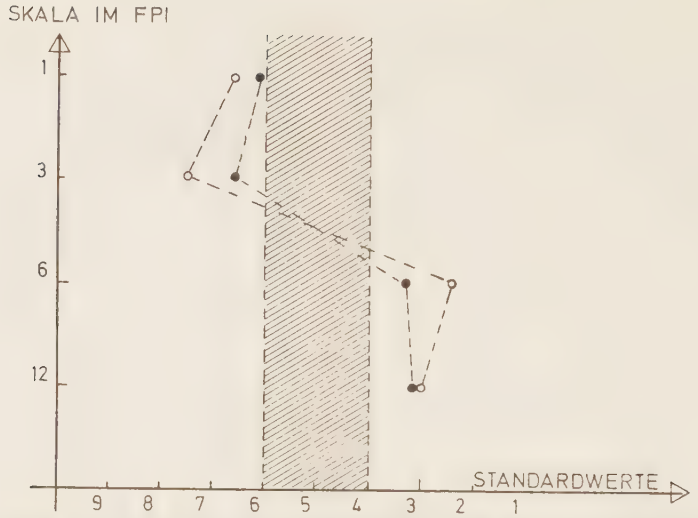


ABB. A - 1 MITTLERE STANDARDWERTE FÜR DIE EXPERIMENTAL-GRUPPE G I AUF DEN FPI-SKALEN 1(NERVOSITÄT), 3(DEPRESSIVITÄT), 6(GELASSENHEIT) UND 12(MASKULINITÄT) VOR DER THERAPIE (o----o) UND NACH DER THERAPIE (•----•)

▨ NORMALBEREICH, IN DEM 54 % DER BEVÖLKERUNG LIEGEN

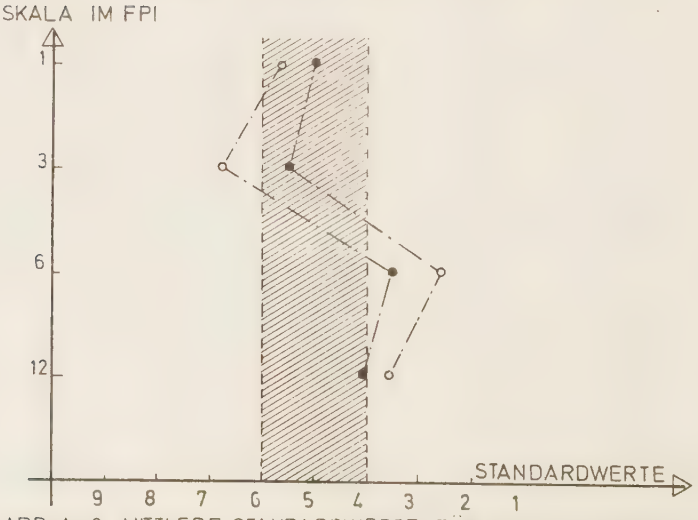


ABB. A - 2 MITTLERE STANDARDWERTE FÜR DIE EXPERIMENTAL-GRUPPE G II AUF DEN FPI-SKALEN 1(NERVOSITÄT), 3(DEPRESSIVITÄT) 6(GELASSENHEIT) UND 12 (MASKULINITÄT) VOR DER THERAPIE (o-·-·-o) UND NACH DER THERAPIE (•-·-·-•)

▨ NORMALBEREICH IN DEM 54 % DER BEVÖLKERUNG LIEGEN

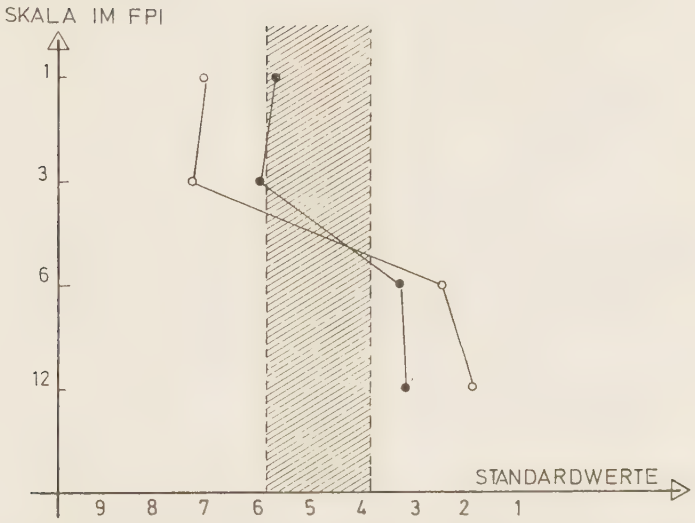


ABB. A - 3 MITTLERE STANDARDWERTE FÜR DIE EXPERIMENTAL-GRUPPE G III AUF DEN FPI-SKALEN 1 (NERVOSITÄT), 3 (DEPRESSIVITÄT), 6 (GELASSENHEIT) UND 12 (MASKULINITÄT) VOR DER THERAPIE (o——o) UND NACH DER THERAPIE (●——●)

▨ NORMALBEREICH, IN DEM 54 % DER BEVÖLKERUNG LIEGEN

11.2. Informations- und Fragebögen Seite

Informationsblatt 1
zur Gesprächspsychotherapie (f. Klienten) 269

Informationsblatt 2
zur Gesprächspsychotherapie (f. Klienten) 271

Datenerhebungsbogen für Klienten 272

FEK I (Fragebogen zur Erfassung von Klientenerwartungen) 280

LPS-A (Leistungs-Prüf-System, Form A, 1-6) 290

E.N.NR. (Fragebogen der Extraversion, neurotischen Tendenz und Rigidität, Kurzform) 291

FEK II 294

TNB (Therapie-Nachbefragungsbogen) 301

KL-FB (Klientenbefragungsbogen) 304

TH-FB (Therapeutenbefragungsbogen) 305

Psychotherapeuten-Beurteilungsbogen
(f. Klienten) 306

Psychologisches Institut
der WWU Münster
- Abtl. Klin. Psychl. -

44 Münster, Rosenstr. 9
Suckert-Wegert, Zi. 451
Tel. 4904153
Sprechstunde: Di. 11-12h

Informationsblatt 1 zur Gesprächspsychotherapie

In diesem Informationsblatt möchten wir Sie gerne mit einigen Punkten zum Ablauf der Gesprächspsychotherapie, die Sie bei uns erhalten werden, bekannt machen. Gesprächspsychotherapie wird an unserem Institut als Einzeltherapie durchgeführt. Jedes Gespräch dauert ca. 45 Min. und findet einmal wöchentlich statt; und zwar in den dafür vorgesehenen Therapieräumen des Psychologischen Instituts, Rosenstr. 9.

Es wird Ihnen von uns ein Therapeut zugewiesen, der Sie anschreibt und einen ersten Therapietermin mit Ihnen vereinbart. Dabei ist es möglich, Terminwünsche Ihrerseits in gewissem Rahmen zu berücksichtigen.
Da es nicht möglich ist, die Therapie völlig unentgeltlich durchzuführen, haben wir uns auf einen Beitrag von ....DM pro Stunde von Ihrer Seite geeinigt, damit wir einen Teil der Unkosten decken können (z.B. Raumbenutzung, Strom, Tonbänder, Tonbandgeräte etc.).
Wir bitten Sie, diesen Beitrag nach Ihrem Belieben am Ende der Therapie oder monatlich in der Erziehungsberatungsstelle des Psychologischen Instituts, Rosenstr. 9, I. Stock, bei ..... oder ..... zu bezahlen.
Sollten Sie diesen Beitrag unter keinen Umständen leisten können, so besprechen Sie dies ebenfalls dort.
Nach dem ethischen und wissenschaftlichen Kodex unseres Instituts unterliegt die Tätigkeit aller Psychotherapeuten der wissenschaftlichen Kontrolle. Zu diesem Zweck werden von allen Gesprächen Ton- und/oder Videoaufnahmen gemacht, die einem sehr engen Kreis von Fachpsychologen vorgelegt werden müssen. Durch diese wissenschaft-

liche Kontrolle soll sichergestellt werden, daß jeder Klient möglichst optimale Bedingungen der Gesprächspsychotherapie erhält. Die Aufzeichnung der Kontakte enthält keine Namen und ist kodifiziert, um eine Identifizierung der Klienten auszuschließen. Vor Beginn der Therapie werden Sie gebeten, eine diesbezügliche Einverständniserklärung zu unterschreiben.

Es finden ebenfalls mehrere psychodiagnostische Untersuchungen statt, zwei vor Beginn der Therapie und eine nach der 8. Therapiestunde. Die Therapie selbst können Sie nur bekommen, wenn Sie an diesen Untersuchungen teilnehmen. Auch sie dienen der wissenschaftlichen Kontrolle der Therapie. Die Dauer dieser Untersuchungen liegt zwischen 1/2 und 2 Std. Sie werden dazu rechtzeitig eingeladen. Ihr Psychotherapeut erhält keine Kenntnis von den Ergebnissen der Untersuchung. Wenn Sie es wünschen, über die Testbefunde informiert zu werden, so vereinbaren Sie bitte nach der letzten Testsitzung ein Gespräch mit dem Psychologen, der die Untersuchung durchgeführt hat. Auch die Angaben, die Sie bei diesen Untersuchungen machen, sind kodifiziert und enthalten keine Namen. Sie werden ebenfalls nur einem kleinen Kreis von Fachpsychologen zugängig gemacht.

Die Gesamtzahl der Stunden in der Gesprächspsychotherapie ist von Klient zu Klient unterschiedlich. Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, daß 3/4 der Klienten nach relativ kurzer Zeit spürbare Erleichterungen feststellen.

Psychologisches Institut
der WWU Münster
- Abt. Klin. Psych. -

44 Münster, Rosenstr. 9
Suckert-Wegert, Zi. 451
Tel. 4904153
Sprechstunde: Di. 11-12h

Informationsblatt 2
zur Gesprächspsychotherapie

Bitte lesen Sie sich dieses Informationsblatt in aller Ruhe durch. Es gibt Ihnen wichtige Informationen über die Art und Weise wie Klient und Therapeut in der Gesprächspsychotherapie miteinander umgehen.

Der Klient soll in der klienten-zentrierten Gesprächspsychotherapie frei und offen über die Probleme, die ihn momentan belasten, sprechen und dabei seine Gefühle und Empfindungen möglichst unmittelbar zum Ausdruck bringen. Es steht ihm frei, über welches Thema er sprechen möchte, d.h. der Psychotherapeut fordert ihn nicht auf - auch nicht zu Therapiebeginn -, zu bestimmten Problemkreisen Stellung zu nehmen. 'Klienten-zentriert' heißt also, daß der Klient im Mittelpunkt des therapeutischen Geschehens steht, daß er den Verlauf der Therapie aktiv von sich aus bestimmt.

Der Therapeut bittet den Klienten weder auf die Couch, noch deutet er Träume. Er sucht die Ursachen für die Schwierigkeiten des Klienten nicht in dessen früher Kindheit und gibt auch keine praktischen Ratschläge zum Überwinden der Probleme.

Vielmehr gibt er dem Klienten Hilfestellung, damit dieser lernt, seine Probleme und Schwierigkeiten aus sich selbst zu verstehen und zu lösen. Er versetzt sich in die Erlebniswelt des Klienten und versucht von dorther, dessen Gefühle und Empfindungen nachzuvollziehen und dem Klienten mitzuteilen.

Diese aktive Mitarbeit des Klienten hat sich auch in wissenschaftlichen Untersuchungen als sehr wichtig für den Therapieerfolg herausgestellt, so daß es sinnvoll ist, daß sich der Therapeut in der oben beschriebenen Weise verhält.

Durch die klienten-zentrierte Gesprächspsychotherapie werden die Klienten ruhiger und entspannter, sie empfinden weniger Angst und Erregung, sehen die sie belastenden Situationen und Lebensumstände deutlicher und oft unter anderen Gesichtspunkten und nehmen gegenwärtige und zukünftige Schwierigkeiten mutiger und erfolgreicher in Angriff, so daß sie die Therapie schließlich selbst beenden können.

Psychologisches Institut der WWU
- Klinische Abteilung -

DATENERHEBUNGSBOGEN FÜR KLIENTEN

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er dient der systematischen Datenerhebung, die

1. für eine Kontrolle jedes einzelnen Therapieverlaufs unerläßlich ist und
2. - über einen längeren Zeitraum erhoben und von mehreren Klienten ausgefüllt - uns Informationen über den Erfolg der Behandlungsart gibt.

ALLE ANGABEN WERDEN STRENG VERTRAULICH BEHANDELT UND NUR ZU WISSENSCHAFTLICHEN ZWECKEN WEITERVERWANDT!

Erläuterungen:

In dem Fragebogen gibt es Fragen, die

1. frei beantwortet werden sollen:
   z.B. Frage 11. Beruf:.....
2. bereits vorgegeben sind und nur mit einem Kreuz (X) versehen werden müssen:
   z.B. Frage 9. Lebe in Wohngemeinschaft:
   ( ) ja
   ( ) nein

Sind Mehrfachankreuzungen möglich, so ist dies vermerkt: z.B. bei Frage 8, 25 etc. .

Die Zahlen am rechten Rand der einzelnen Blätter sowie die Rubrik 'Nicht ausfüllen' dienen der Datenverarbeitung und sind für Sie n i c h t wichtig.

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Code-Nr.: :_:_:_:_:

DATENERHEBUNGSBOGEN FÜR KLIENTEN

A. Angaben zum Klienten

1. Name: 1-20
2. Vorname: 21-32
3. Code-Nr.: :_:_:_:_: 33-37
4. Geschlecht: ( ) männlich ( ) weiblich 38
5. Alter: :_:_: 39-40
6. Geburtsdatum:........................ 41-46
7. Religionszugehörigkeit: 47
   ( ) evangelisch
   ( ) katholisch
   ( ) ohne Bekenntnis
   ( ) sonstige
   welche:........
   ....
   ( ) nicht bekannt
8. Familienstand: (Mehrfachankreuzungen möglich) 48-54
   ( ) ledig
   ( ) verheiratet
   ( ) geschieden
   ( ) verwitwet
   ( ) getrennt lebend
   ( ) mit Partner lebend
   ( ) nicht bekannt
9. Lebe in Wohngemeinschaft: 55
   ( ) ja
   ( ) nein
10. Berufsverhältnis: 56
   ( ) Angestellter
   ( ) Arbeiter
   ( ) Beamter
   ( ) Hausfrau
   ( ) Rentner
   ( ) Selbständiger
   ( ) Sonstiges
   welches:........
   ....
   ( ) noch in Ausbildung
   ( ) nicht bekannt
11. Beruf:.. 57-71
   (Bitte genaue Bezeichnung eintragen)

==

Nicht ausfüllen!

:_:
1 5 10 15 20 25 30

:_:
31 35 40 45 50 55

:_:_:_:_:_:_:_:_:_:_:_:_:_:_:_:0:1:1:G:T:
61 65 70 75

Code-Nr. :_:_:_:_:_:

12. Schulabschluß: 1

( ) in Deutschland
( ) im Ausland
( ) nicht bekannt

13. Letzter Schulabschluß bzw. derzeitige Ausbildungsstätte: 2-5

( ) Abendschule
  ( ) Abendgymnasium
  ( ) Abendrealschule
  ( ) Abendkurs zur berufl. Weiterbildung
  ( ) Sonstiges
( ) Begabtensonderprüfung
( ) Fachhochschule
( ) Fachoberschule
( ) Grundschule
( ) Gymnasium
  ( ) neusprachlich
  ( ) altsprachlich
  ( ) math./naturwissenschaftl.
  ( ) integrierte Gesamtschule
  ( ) mit reformierter Oberstufe
  ( ) sonstige
( ) Handelsschule
( ) Höhere Handelsschule
( ) Hauptschule
( ) Mittel-/Realschule
( ) Päd. Hochschule
  ( ) Gesamthochschule
( ) Sonderschule
( ) Universität
  ( ) Gesamthochschule
( ) Sonstiger
  welcher:.....
  .....

14. Haben Sie einen Schulabschluß erhalten? 6

( ) ja
( ) nein
( ) nicht bekannt

15. Haben Sie vor der jetzigen Ausbildung bzw. Berufsstätte andere Berufe ausgeübt? 7

( ) ja
( ) nein

16. Wenn ja, welche: 8-22
.....

Code-Nr. :_:_:_:_:_:

17. (Zutreffend für Personen, die an einer Hochschule studieren)

Studienfächer: Semesterzahl: 23-46

1. ....:_:_:
2. ....:_:_:
3. ....:_:_:
4. ....:_:_:
5. ....:_:_:
6. ....:_:_:

( ) nicht bekannt

18. Monatl. Nettoeinkommen: 47-52
(falls nicht genau bekannt, bitte schätzen)

DM	davon eigenes Einkommen:
( ) unter 300	:_:_:_:_:
( ) 300-500	:_:_:_:_:
( ) 500-800	:_:_:_:_:
( ) 800-1000	:_:_:_:_:
( ) 1000-1500	:_:_:_:_:
( ) 2000-2500	:_:_:_:_:
( ) 2500-3000	:_:_:_:_:
( ) 3000-3500	:_:_:_:_:
( ) 3500-4000	:_:_:_:_:
( ) 4000-4500	:_:_:_:_:
( ) 5000 und darüber	:_:_:_:_:

18 a. Anzahl der Geschwister: :_:_: 53-54

Alter der Geschwister: 1. 55-68
2.
3.
4.
5.
6.
7.

==

Nicht ausfüllen!

:_:
1 5 10 15 20 25 30

:_:
31 35 40 45 50 55 60

:_:_:_:_:_:_:_:_:_:_:_:_:_:0:1:2:G:T:
61 65 70 72

Code-Nr.: :_:_:_:_:

19. Beruf des Vaters: 1-15

20. Beruf der Mutter: 16-30

21. Anzahl der eigenen Kinder: :_:_: 31-32

22. Alter der Kinder: 33-34

1. ....Jahre
2. .... "
3. .... "
4. .... "
5. .... "

23. Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung? 45

( ) ja
( ) nein

24. Wenn ja, wann war das? 46-51
(Datum eintragen)

25. Welche Behandlungsart haben Sie damals erhalten? 52-61

( ) Autogenes Training/Entspannungsübung
( ) Beratendes Gespräch
( ) Beschäftigungstherapie
( ) Gesprächspsychotherapie
( ) Hypnose
( ) Psychiatrische Behandlung
( ) Psychoanalyse
( ) Verhaltenstherapie
( ) Sonstige, welche: ....
( ) nicht bekannt

(Es können mehrere Möglichkeiten angekreuzt werden!)

26. Durch welche Informationen sind Sie in die Beratungsstelle des Psychologischen Institutes und in die Therapie gekommen? 62-71

( ) durch (Ehe-)partner
( ) Freunde
( ) Zeitung
( ) Telefonseelsorge
( ) andere Beratungsstellen, welche: ....
( ) Rundfunk
( ) Fernsehen
( ) Literatur
( ) Sonstige, welche: ....

(Es können mehrere Möglichkeiten angekreuzt werden!)

27. Bitte beschreiben Sie nun kurz den Grund Ihrer Anmeldung bzw. Ihres Wunsches nach Therapie:

....

....

==

Nicht ausfüllen!

:_:
1 5 10 15 20 25 30

:_:
31 35 40 45 50 55 60

:_:_:_:_:_:_:_:_:_:_:_:_:_:0:1:3:G:T:
61 65 70 72

Code-Nr.: :_:_:_:_:

B. Angaben zum Partner bzw. Ehepartner

1. Geschlecht: ( ) männlich 1
( ) weiblich

2. Alter: :_:_: 2-3

3. Geburtsdatum: 4-9

4. Religionszugehörigkeit: 10
( ) evangelisch
( ) katholisch
( ) ohne Bekenntnis
( ) sonstige
welche: .....
.....
( ) nicht bekannt

5. Berufsverhältnis: 11
( ) Angestellter
( ) Arbeiter
( ) Beamter
( ) Hausfrau
( ) Rentner
( ) Selbständiger
( ) sonstiges
welches:.....
.....
( ) noch in der Ausbildung
( ) nicht bekannt

6. Beruf: 12-26
(Bitte genaue Bezeichnung eintragen!)

7. Schulabschluß: 27
( ) in Deutschland
( ) im Ausland
( ) nicht bekannt

Code-Nr. :_:_:_:_:_:

8. Letzter Schulabschluß bzw. derzeitige Ausbildungsstätte: 28-31

( ) Abendschule
  ( ) Abendgymnasium
  ( ) Abendrealschule
  ( ) Abendkurs zur berufl. Weiterbildung
  ( ) Sonstiges
( ) Begabtensonderprüfung
( ) Fachhochschule
( ) Fachoberschule
( ) Grundschule
( ) Gymnasium
  ( ) neusprachlich
  ( ) altsprachlich
  ( ) math./naturwissenschaftl.
  ( ) integrierte Gesamtschule
  ( ) mit reformierter Oberstufe
  ( ) sonstige
( ) Handelsschule
( ) Höhere Handelsschule
( ) Hauptschule
( ) Mittel-/Realschule
( ) Päd. Hochschule
  ( ) Gesamthochschule
( ) Sonderschule
( ) Universität
  ( ) Gesamthochschule
( ) Sonstiger, welcher: .....

.....

9. Monatliches Nettoeinkommen: 32-37

(falls nicht genau bekannt, bitte schätzen!)

DM	davon eigenes Einkommen:
( ) unter 300	:_:_:_:_:
( ) 300-500	:_:_:_:_:
( ) 500-800	:_:_:_:_:
( ) 800-1000	:_:_:_:_:
( ) 1000-1500	:_:_:_:_:
( ) 1500-2000	:_:_:_:_:
( ) 2000-2500	:_:_:_:_:
( ) 2500-3000	:_:_:_:_:
( ) 3000-3500	:_:_:_:_:
( ) 3500-4000	:_:_:_:_:
( ) 4000-4500	:_:_:_:_:
( ) 5000 und darüber	:_:_:_:_:

Code-Nr.: :_:_:_:_:

10. War Ihr Partner bzw. Ehepartner bereits in psychotherapeutischer Behandlung? 38

( ) ja
( ) nein

11. Wenn ja, wann war das?........................ 39-44
(Bitte Datum eintragen!)

12. Welche Behandlungsart hat sie/er damals erhalten? 45-54

( ) Autogenes Training/Entspannungsübung
( ) beratendes Gespräch
( ) Beschäftigungstherapie
( ) Gesprächspsychotherapie
( ) Hypnose
( ) Psychiatrische Behandlung
( ) Psychoanalyse
( ) Verhaltenstherapie
( ) Sonstige, welche: ....
( ) nicht bekannt

(Es können mehrere Möglichkeiten angekreuzt werden!)

---

13. Die unter A und B gemachten Eintragungen entsprechen einem Stand vom: ....
(Bitte Datum eintragen!) 55-60

==

Nicht ausfüllen!

:_:
1 5 10 15 20 25 30

:_:
31 35 40 45 50 55 60

:_:_:_:_:_:_:_:_:_:_:_:_:_:_:_:_:0:1:4:G:T:
61 65 70 72

Code:..... Datum:.....

Dieser Fragebogen ist für ein Forschungsprojekt entwickelt worden. Mit Ihrer Behandlung hier hat er nur insofern zu tun, als wir Sie bitten möchten, ihn zu bearbeiten. Ihr Therapeut selbst erfährt nichts von Ihren Angaben.
Wir versuchen laufend, die Behandlung der Klienten zu verbessern und in Verbindung damit möchten wir erfahren, wie sich diejenigen, die eine Behandlung bekommen, diese vorstellen bzw. wünschen.
Bitte lassen Sie sich für die Beantwortung der Fragen genügend Zeit und schenken Sie ihnen Ihre ganze Aufmerksamkeit. Wenn dies Ihnen im Moment auch nicht selbst helfen sollte, so werden künftige Klienten durch eine verbesserte Behandlung von Ihrer Mühe profitieren.
Wir danken Ihnen!

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Anzahl von Annahmen, die man in Bezug auf das Verhalten von Therapeut und Klient in der Therapie haben kann. Daneben stehen zwei Antwortmöglichkeiten: Ja und Nein. Bitte kreuzen Sie jeweils die Antwortmöglichkeit an, die Ihrer Annahme am ehesten entspricht.

Ein Beispiel:

Ich nehme an, daß der Therapeut mich ins Kino einlädt. Ja Nein

Wenn Sie nun die Erwartung haben, daß der Therapeut dies nicht tut, so kreuzen Sie 'Nein' an (siehe Beispiel).

1. Ich nehme an, daß der Therapeut den Verlauf der Therapie nach seinen Vorstellungen bestimmt.	Ja	Nein
2. Ich nehme an, daß der Therapeut möglichst viele Entscheidungen für mich trifft.	Ja	Nein
3. Ich nehme an, daß ich es letztlich selbst bin, der sich sagt, was ich tun soll.	Ja	Nein
4. Ich nehme an, daß der Therapeut zu Beginn jeder Therapiestunde eine Zusammenfassung der letzten Therapiestunde gibt.	Ja	Nein
5. Ich nehme an, daß der Therapeut am Ende jeder Therapiestunde einen Hinweis gibt, was ich bis zur nächsten Stunde tun soll.	Ja	Nein
6. Ich nehme an, daß ich das Geschehen in der Therapiestunde weitgehend von mir aus bestimmen kann.	Ja	Nein
7. Ich nehme an, daß der Therapeut die treibende Kraft bei der Lösung meiner Probleme ist.	Ja	Nein
8. Ich nehme an, daß der Therapeut mir sagt, wo der Ansatzpunkt für die Lösung meiner Probleme liegt.	Ja	Nein
9. Ich nehme an, daß der Therapeut das Gespräch mit mir immer von sich aus beginnt.	Ja	Nein
10. Ich nehme an, daß ich mir im Rahmen der festgesetzten Zeit die Therapiestunde selbst einteilen kann.	Ja	Nein

11. Ich nehme an, daß ich das Thema der jeweiligen Therapiestunde selbst bestimmen kann. Ja Nein

12. Ich nehme an, daß der Therapeut Fragen stellt. Ja Nein

13. Ich nehme an, daß der Verlauf der Therapie aktiv von mir bestimmt wird. Ja Nein

14. Ich nehme an, daß der Therapeut Entscheidungssituationen klärt. Ja Nein

15. Ich nehme an, daß der Therapeut mir Vorschläge unterbreitet, was ich in meiner Situation tun soll. Ja Nein

16. Ich nehme an, daß der Therapeut mein Verhalten zwischen den Therapiestunden kontrolliert. Ja Nein

17. Ich nehme an, daß der Therapeut mir sagt, für wie schwerwiegend er meine Problematik hält. Ja Nein

18. Ich nehme an, daß die Strukturierung der Therapiestunde vom Therapeuten vorgenommen wird. Ja Nein

19. Ich nehme an, daß der Therapeut mir schwierige Entscheidungen abnimmt. Ja Nein

20. Ich nehme an, daß der Therapeut den Zeitpunkt bestimmt, an dem die Therapie beendet ist. Ja Nein

21. Ich nehme an, daß der Therapeut mir Ratschläge und Handlungsanweisungen gibt, die mir zeigen, wie ich mit meinen Problemen besser fertig werden kann. Ja Nein

22. Ich nehme an, daß der Therapeut mir einen konkreten Plan gibt, nach dem ich mich richten kann. Ja Nein

23. Ich nehme an, daß der Therapeut mir seine praktischen Erfahrungen in der Behandlung von Problemen mitteilt. Ja Nein

24. Ich nehme an, daß der Therapeut mir immer wieder Mut und Hoffnung zuspricht. Ja Nein

25. Ich nehme an, spontan von den Dingen reden zu können, die mir gerade wichtig sind, wenn ich will. Ja Nein

26. Ich nehme an, daß der Therapeut sein Hauptziel darin sieht, daß ich meine Schwierigkeiten verstandesmäßig begreife. Ja Nein

27. Ich nehme an, daß der Therapeut mir seine persönliche Ansicht zu meinen Problemen mitteilt. Ja Nein

28. Ich nehme an, daß der Therapeut mir meine Probleme nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten erklärt. Ja Nein

29. Ich nehme an, daß meine Probleme in einer geregelten Reihenfolge besprochen werden. Ja Nein

30. Ich nehme an, daß ich die Dauer der Therapie bestimmen kann. Ja Nein

Der II. Teil des Fragebogens hat sehr viel Ähnlichkeit mit dem I. Teil.
Lediglich der Beginn jeder Frage hat sich verändert.

Wenn es im ersten Teil hieß:	Ich wünsche mir, daß...
so heißt es jetzt:	Ich nehme an, daß.....
Wenn es im ersten Teil hieß:	Ich nehme an, daß.....
so heißt es jetzt:	Ich wünsche mir, daß...

Es hat sich also nur der Anfang der Frage verändert.
Es ist deshalb aber nicht notwendig, daß Sie sich an den I.Teil erinnern.
Bitte lesen Sie sich die jeweilige Einleitung durch, in der Sie alles wesentliche zur Bearbeitung erfahren.

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Anzahl von Wünschen, die man in Bezug auf das Verhalten von Therapeut und Klient in der Therapie haben kann. Daneben stehen zwei Antwortmöglichkeiten: Ja und Nein. Bitte kreuzen Sie jeweils die Antwortmöglichkeit an, die Ihren eigenen, momentanen Wunsch wiedergibt.

Ein Beispiel:

Ich wünsche mir, daß der Therapeut mich ins Kino einlädt.	Ja	X Nein

Wenn Sie nun den Wunsch haben, daß der Therapeut dies nicht tut, so kreuzen Sie 'Nein' an (siehe Beispiel).

1. Ich wünsche mir, daß ich die Dauer der Therapie bestimmen kann. Ja Nein

2. Ich wünsche mir, daß ich mir im Rahmen der festgesetzten Zeit die Therapiestunde selbst einteilen kann. Ja Nein

3. Ich wünsche mir, daß der Therapeut mir sagt, wo der Ansatzpunkt für die Lösung meiner Probleme liegt. Ja Nein

4. Ich wünsche mir, daß der Therapeut die treibende Kraft bei der Lösung meiner Probleme ist. Ja Nein

5. Ich wünsche mir, daß der Therapeut mein Verhalten zwischen den Therapiestunden kontrolliert. Ja Nein

6. Ich wünsche mir, daß ich das Geschehen in der Therapiestunde weitgehend von mir aus bestimmen kann. Ja Nein

7. Ich wünsche mir, daß der Therapeut mir seine praktischen Erfahrungen in der Behandlung von Problemen mitteilt. Ja Nein

8. Ich wünsche mir, daß die Strukturierung der Therapiestunde vom Therapeuten vorgenommen wird. Ja Nein

9. Ich wünsche mir, daß der Therapeut mir sagt, für wie schwerwiegend er meine Problematik hält. Ja Nein

10. Ich wünsche mir, daß der Therapeut sein Hauptziel darin sieht, daß ich meine Schwierigkeiten verstandesmäßig begreife. Ja Nein

11. Ich wünsche mir, daß der Therapeut möglichst viele Entscheidungen für mich trifft. Ja Nein

12. Ich wünsche mir, daß der Therapeut seine persönliche Ansicht zu meinen Problemen mir mitteilt. Ja Nein

13. Ich wünsche mir, spontan von den Dingen reden zu können, die mir gerade wichtig sind, wenn ich das will. Ja Nein

14. Ich wünsche mir, daß der Therapeut Entscheidungssituationen klärt. Ja Nein

15. Ich wünsche mir, daß ich das Thema der jeweiligen Therapiestunde selbst bestimmen kann. Ja Nein

16. Ich wünsche mir, daß der Therapeut mir Vorschläge unterbreitet, was ich in meiner Situation tun soll. Ja Nein

17. Ich wünsche mir, daß der Therapeut am Ende jeder Therapiestunde einen Hinweis gibt, was ich bis zur nächsten Stunde tun soll. Ja Nein

18. Ich wünsche mir, daß der Therapeut mir meine Probleme nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten erklärt. Ja Nein

19. Ich wünsche mir, daß der Verlauf der Therapie aktiv von mir bestimmt wird. Ja Nein

20. Ich wünsche mir, daß der Therapeut zu Beginn jeder Therapiestunde eine Zusammenfassung der letzten Therapiestunde gibt. Ja Nein

21. Ich wünsche mir, daß der Therapeut das Gespräch mit mir immer von sich aus beginnt. Ja Nein

22. Ich wünsche mir, daß der Therapeut mir immer wieder Mut und Hoffnung zuspricht. Ja Nein

23. Ich wünsche mir, daß der Therapeut Fragen stellt. Ja Nein

24. Ich wünsche mir, daß der Therapeut mir Ratschläge und Handlungsanweisungen gibt, wie ich mit meinen Problemen besser fertig werden kann. Ja Nein

25. Ich wünsche mir, daß meine Probleme in einer geregelten Reihenfolge besprochen werden. Ja Nein

26. Ich wünsche mir, daß der Therapeut mir einen konkreten Plan gibt, nach dem ich mich richten kann. Ja Nein

27. Ich wünsche mir, daß der Therapeut mir schwierige Entscheidungen abnimmt. Ja Nein

28. Ich wünsche mir, daß der Therapeut den Zeitpunkt bestimmt, an dem die Therapie beendet ist. Ja Nein

29. Ich wünsche mir, daß der Therapeut den Verlauf der Therapie nach seinen Vorstellungen bestimmt. Ja Nein

30. Ich wünsche mir, daß ich es letztlich selbst bin, der sich sagt, was ich tun soll. Ja Nein

Heut. Datum:

Vorname:

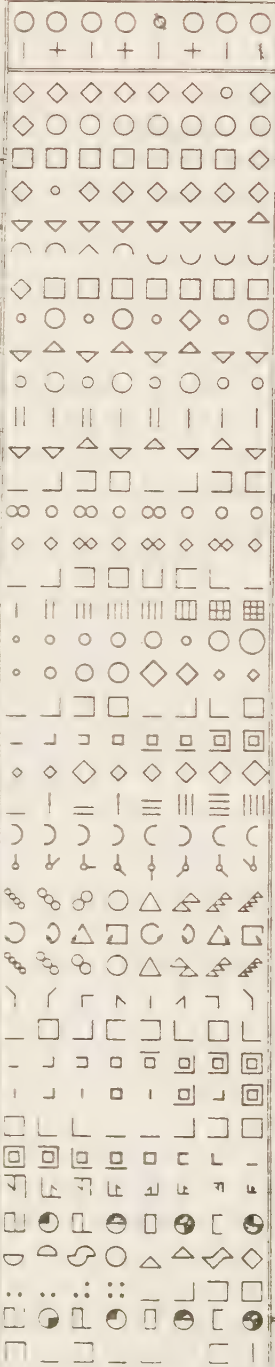
Zuname:

Geboren am:

Beruf (Klasse):

1	2
Kreide	Pfeife
Teller	Schale
Raiter	Flacha
Afriga	Euroba
Expord	Alaske
Geweer	Bezirg
Ardist	Abweer
Munacc	Arresd
Sehara	Insegt
Barbus	Eaoppe
Dagke.	Ast:ma
Grubpe	Nelsom
Juneor	Härgst
Gnappe	Slalum
Werona	P-ahms
Kummiß	Mörsar
Teifun	Mardar
Prügge	Anstos
Nevton	Assuen
Ghinin	Misbel
Siaebs	Übsalc
Louwre	Tuledo
Ermada	Pleack
Ga sha	Karbit
Drakom	Karpol
Theban	Vaudik
Segret	Ararad
Cuwier	Limphe
Neppon	Trusus
Vasalf	Portom
Chapen	Ziklon
Brahna	Hullin
Kuebec	Aragun
Gramde	Tampun
Incest	Dallie
Usmose	Renoar
Osbeke	Tressl
Dvorek	Loo!se
Metcan	Avalom
Knesen	Pfarus
Cafour	Dac er
Rorcna	Ge !e

3



4
2 2 2 2 2 2 2 2 2
a b a b a b a a c
v o v o v o v o o
3 4 5 6 7 8 8 10 11
12 11 10 9 9 7 6 5 4
a b a b a b a b b
1 2 1 2 1 1 1 2 1
bb b bb b bb b bb b b
a B a B a B a b a
1 2 3 1 2 3 2 2 3
4 6 8 10 11 14 16 18 20
o v v o v v o o v
10 4 20 4 30 4 40 5 50
a b c a b c d b c
r s t u v W x y z
10 9 8 6 6 5 4 3 2
19 17 14 13 11 9 7 5 3
b c d E f g h i j
a B c D e F G H i
2 3 6 9 12 15 18 21 24
a a aa a aa a aa a aa
i h G f e d c b a
a bb c d e ff g hh i
c b d c b a c b a
a c a d a e a f g
A b C d E f G H I
1 3 4 5 6 7 8 9 10
2 5 3 4 4 3 5 2 1
b d f g j l n p r
1 2 3 4 5 6 3 2 1
b 6 5 c 4 5 d 2 1
g aa h bb g cc f dd e
a 4 c 3 d 2 e 1 f
Q o M j I g E c A
bb j cc k dd h ee g ff
a cc e gg h kk m oo q
1 1 2 4 3 9 4 16 6
d b h f l j p n s
a b c b d b e b f
c b f e i h j k o
1 2 2 3 3 4 5 5 6
a A b C d E g G h
a b c d e f g h . , k l m
n o p q r s t u v w x y z

5
G Z W E R
C K E R X
I L C H M
R M A U E
T B R A U
E U Z K R
S T F A U
Z W R N I
G E N B O
C H D E I
L H O T E
G E L U N
K T Z E A
A N D P F
N S T I R
G K R I E
N D F E I
P F L G U
E R F A S
N D P F U
H A K C E
I T E R L
G E N M A
F E R H A
E B L U S
N E K R O
B E N A R
P A R S !
O C K E L
B A C E K
I T Z B L
T U R N A
R K A T E
C H A F S
A N Z K R
K T R I C
E L O N K
A M P F D
W E O L K
N D E L I
U B E L A
N I G H C

6
F.f faß
K.k kalt

LPS-Horn • Copyright by Verlag für Psychologie • Dr C. J. Hogrefe, Göttingen

E.N.NR.(Kurzform)

Code:
Alter:
Geschlecht:
Beruf:
Datum:

E= N= NR=

Anweisung:
Bitte machen Sie einen Kreis um das "JA", wenn die betreffende Frage für Sie zutrifft, und um das "Nein", wenn sie nicht zutrifft. Arbeiten Sie so schnell wie möglich und benutzen Sie die Antwort, die Ihnen zuerst in den Sinn kommt. Es ist unbedingt notwendig, daß alle Fragen beantwortet werden. Dieser Fragebogen hat nichts mit der Intelligenz zu tun, sondern will lediglich Ihre gewohnheitsmäßigen Verhaltensweisen oder gedanklichen Vorgänge erfassen. Bitte beantworten Sie alle Fragen!

1. Träumen Sie tagsüber oft von Dingen, die doch nicht verwirklicht werden? ja nein

2. Haben Sie oft eine schlechte unzufriedene Laune? ja nein

3. Können Sie sich in einer vergnügten Gesellschaft meistens ungezwungen und unbeschwert auslassen? ja nein

4. Bezeichnen Sie sich selbst als gesprächig? ja nein

5. Glauben Sie von sich selbst, daß Sie besonders nervös und innerlich gespannt sind? ja nein

6. Halten andere Leute Sie für lebhaft? ja nein

7. Versenken Sie sich gerne in Träumereien? ja nein

8. Soll man erst dann seine Freiheit richtig genießen, wenn man seine Pflichten restlos erfüllt hat?

9. Haben Sie oft und ohne besonderen Grund ein Gefühl der Teilnahmslosigkeit und Müdigkeit? ja nein

1o. Halten Sie sich für einen lebhaften Menschen? ja nein

11. Fällt es Ihnen schwer, selbst in einer ungezwungenen Gesellschaft richtig aus sich herauszugehen? ja nein

12. Sind Sie je durch unnütze Gedanken belästigt worden, die immer wieder durch Ihren Kopf gehen? ja nein

13. Halten Sie sich bei gesellschaftlichen Verpflichtungen lieber im Hintergrund auf? ja nein

14. Haben Sie manchmal ohne Grund ein "miserables" Gefühl? ja nein

15. Glauben Sie, daß man stets auf Qualität sehen und die solidesten und dauerhaftesten Dinge kaufen sollte? ja nein

16. Sind Sie leicht verstimmt? ja nein

17. Sind Sie manchmal ohne Grund abwechselnd fröhlich und traurig? ja nein

18. Muß man sein Leben nach einem eigenen Ideal ausrichten und seinen Prinzipien stets folgen, um eine wertvolle Persönlichkeit zu werden? ja nein

19. Wechselt Ihre Stimmung oft mit und ohne ersichtlichen Grund? ja nein

2o. Sorgen Sie immer dafür, daß Ihre Arbeit sorgfältig geplant und organisiert ist? ja nein

21. Empfinden Sie es als unangenehm, wenn irgend etwas Ihre Gewohnheit unterbricht? ja nein

22. Sind Sie im Umgang mit anderen ziemlich behindert, so daß Sie nicht so erfolgreich sind, wie Sie es sein könnten? ja nein

23. Stimmt es, daß Sie Dinge nicht gern haben, die unsicher sind und die man nicht voraussagen kann? ja nein

24. Fällt es Ihnen schwer, vor einer großen Gruppe von Menschen zu sprechen oder vorzutragen? ja nein

Code:..... Datum:.....

Nachdem Sie nun einige Stunden Gesprächspsychotherapie gehabt bzw. die Therapie beendet haben, möchten wir Sie bitten, uns Ihre Eindrücke vom Therapiegeschehen durch diesen Fragebogen mitzuteilen. Der Fragebogen ähnelt den beiden Fragebögen, die Sie vor der Therapie schon einmal ausfüllten, da die Fragen nur in einem Detail verändert wurden: Es werden nicht Annahmen und Wünsche erfragt, sondern tatsächliches Verhalten. Außerdem enthält dieser Fragebogen eine Zusatzkategorie, in der Sie angeben sollen, welche Bedeutung das jeweilige Therapeuten- oder Klientenverhalten für Sie hatte. Ein Beispiel soll Ihnen verdeutlichen, wie wir uns die Bearbeitung vorstellen.

Beispiel:			a) Die Tatsache, daß der Therapeut sich so verhalten hat, hat mir b) Die Tatsache, daß ich mich so verhalten konnte, hat mir			
			sehr viel	weniger	kaum etwas	gar nichts ausgemacht
Der Therapeut hat mich ins Kino eingeladen.	X Ja	Nein	--	--	--	X

Wenn der Therapeut dies während der Therapie getan hat, so kreuzen Sie 'Ja' an, wie im Beispiel. Hat es Ihnen 'gar nichts ausgemacht', daß der Therapeut sich so verhalten hat, so kreuzen Sie unter der Rubrik 'gar nichts' die entsprechende Stelle ebenfalls an (siehe Beispiel).
Im Fragebogen gibt es Aussagen, in denen es nicht um das Verhalten des Therapeuten geht, sondern um Ihr Verhalten. Aus diesem Grund gibt es eine Einteilung in a) Die Tatsache, daß der Therapeut sich so verhalten hat...
und b) Die Tatsache, daß ich mich so verhalten konnte....
Diese Zweiteilung ändert nichts an dem grundsätzlichen Prinzip der Bearbeitung, sie dient nur der Klärung und Einfühlung in die Situation.

Bitte verfahren Sie so mit allen Fragen auf den folgenden Seiten.

			a) Die Tatsache, daß der Therapeut sich so verhalten hat, hat mir b) Die Tatsache, daß ich mich so verhalten konnte, hat mir sehr viel	weniger	kaum etwas	gar nichts	ausgemacht
1. Der Therapeut hat den Verlauf der Therapie nach seinen Vorstellungen bestimmt.	Ja	Nein	--	--	--	--	
. Der Therapeut hat möglichst viele Entscheidungen für mich getroffen.	Ja	Nein	--	--	--	--	
. Ich war es letzlich selbst, der sich gesagt hat, was ich tun soll.	Ja	Nein	--	--	--	--	
. Der Therapeut hat zu Beginn jeder Therapiestunde eine Zusammenfassung der letzten Therapiestunde gegeben.	Ja	Nein	--	--	--	--	
. Der Therapeut hat am Ende jeder Therapiestunde einen Hinweis gegeben, was ich bis zur nächsten Stunde tun soll.	Ja	Nein	--	--	--	--	

			a) Die Tatsache, daß der Therapeut sich so verhalten hat, hat mir b) Die Tatsache, daß ich mich so verhalten konnte, hat mir sehr viel	weniger	kaum etwas	gar nichts ausgemacht
6. Ich konnte das Geschehen in der Therapiestunde weitgehend von mir aus bestimmen.	Ja	Nein	--	--	--	--
7. Der Therapeut war die treibende Kraft bei der Lösung meiner Probleme.	Ja	Nein	--	--	--	--
8. Der Therapeut hat mir gesagt, wo der Ansatzpunkt für die Lösung meiner Probleme liegt.	Ja	Nein	--	--	--	--
9. Der Therapeut hat das Gespräch mit mir immer von sich aus begonnen.	Ja	Nein	--	--	--	--
10. Ich konnte mir im Rahmen der festgesetzten Zeit die Therapiestunde selbst einteilen.	Ja	Nein	--	--	--	--

a) Die Tatsache, daß der Therapeut sich so verhalten hat, hat mir
b) Die Tatsache, daß ich mich so verhalten konnte, hat mir

			sehr viel	weniger	kaum etwas	gar nichts	ausgemacht
11. Ich konnte das Thema der jeweiligen Therapiestunde selbst bestimmen.	Ja	Nein	--	--	--	--	
1 . Der Therapeut hat Fragen gestellt.	Ja	Nein	--	--	--	--	
13. Der Verlauf der Therapie wurde aktiv von mir bestimmt.	Ja	Nein	--	--	--	--	
14. Der Therapeut hat Entscheidungssituationen geklärt.	Ja	Nein	--	--	--	--	
15. Der Therapeut hat mir Vorschläge unterbreitet, was ich in meiner Situation tun soll.	Ja	Nein	--	--	--	--	

			a) Die Tatsache, daß der Therapeut sich so verhalten hat, hat mir b) Die Tatsache, daß ich mich so verhalten konnte, hat mir sehr viel	weniger	kaum etwas	gar nichts	ausgemacht
16. Der Therapeut hat mein Verhalten zwischen den Therapiestunden kontrolliert.	Ja	Nein	--	--	--	--	
17. Der Therapeut hat mir gesagt, für wie schwerwiegend er meine Problematik hält.	Ja	Nein	--	--	--	--	
18. Die Strukturierung der Therapiestunde wurde vom Therapeuten vorgenommen.	Ja	Nein	--	--	--	--	
19. Der Therapeut hat mir schwierige Situationen abgenommen.	Ja	Nein	--	--	--	--	
20. Der Therapeut hat den Zeitpunkt bestimmt, an dem die Therapie beendet war.	Ja	Nein	--	--	--	--	

a) Die Tatsache, daß der Therapeut sich so verhalten hat, hat mir
b) Die Tatsache, daß ich mich so verhalten konnte, hat mir

			sehr viel	weniger	kaum etwas	gar nichts	ausgemacht
1. Der Therapeut hat mit Ratschläge und [illegible] gegeben, die mir [illegible] haben, wie ich mit meinen Problemen [illegible] fertig werden kann.	Ja	Nein	--	--	--	--	
. Der Therapeut hat mir einen konkreten Plan gegeben, nach dem ich mich richten kann.	Ja	Nein	--	--	--	--	
. Der Therapeut hat mir seine praktischen Erfahrungen in der Behandlung von Problemen mitgeteilt.	Ja	Nein	--	--	--	--	
. Der Therapeut hat mir immer wieder Mut und Hoffnung zugesprochen.	Ja	Nein	--	--	--	--	
. Ich konnte offen von den Dingen reden, die mir gerade wichtig waren, wenn ich das wollte.	Ja	Nein	--	--	--	--	

a) Die Tatsache, daß der Therapeut sich so verhalten hat, hat mir
c) Die Tatsache, daß ich mich so verhalten konnte, hat mir

			sehr viel	weniger	kaum etwas	gar nichts	ausgemacht.
26. Der Therapeut hat sein Hauptziel darin gesehen, daß ich meine Schwierigkeiten verstandesmäßig begreife.	Ja	Nein	--	--	--	--	
27. Der Therapeut hat mir seine persönliche Ansicht zu meinen Problemen mitgeteilt.	Ja	Nein	--	--	--	--	
28. Der Therapeut hat mir meine Probleme nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten erklärt.	Ja	Nein	--	--	--	--	
29. Meine Probleme wurden in einer geregelten Reihenfolge besprochen.	Ja	Nein	--	--	--	--	
30. Ich konnte die Dauer der Therapie bestimmen.	Ja	Nein	--	--	--	--	

T N O

Code:..... Datum:.....

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie das Zutreffende ankreuzen!

1. Falls Sie die Therapie beendet haben, was führte zur Beendigung der Therapie?
   ..... mein Entschluß
   ..... der Entschluß meines (r) Therapeuten (in)
   ..... wechselseitige Übereinkunft
   ..... äußere Faktoren (Bitte kurz beschreiben).....
   .....
   ..... andere Faktoren (Bitte kurz beschreiben).....
   .....

2. Wenn Sie alles erwägen, wie zufrieden sind Sie (bisher) mit dem Ergebnis Ihrer psychotherapeutischen Gespräche?
   ..... sehr unzufrieden
   ..... unzufrieden
   ..... etwas unzufrieden
   ..... etwas zufrieden
   ..... zufrieden
   ..... sehr zufrieden
   Falls Sie nicht zufrieden sind, worin sehen Sie die Gründe?.....
   .....

3. Hätten Sie lieber einen anderen Therapeuten gehabt?
   ..... Ja
   ..... Nein
   Wenn Ja, warum:.....

4. Hätten Sie lieber einen weiblichen/männlichen Therapeuten gehabt?
   ..... Ja
   ..... Nein

5. Hätten Sie lieber einer andere Behandlungsart/Therapieart gehabt?

..... Ja

..... Nein

Wenn Ja, welche bzw. wie hätte sie aussehen sollen?.....

.....

6. Wie sehr benötigen Sie jetzt weitere Psychotherapie?

..... überhaupt nicht

..... ein wenig

..... in gewissem Grade

..... sehr

..... in höchstem Grade

7. Wie lange fühlten Sie schon das Bedürfnis nach psychotherapeutischer Hilfe, bevor Sie mit der Therapie begannen?

..... weniger als 1/2 Jahr

..... weniger als 1 Jahr

..... weniger als 2 Jahre

..... weniger als 3 Jahre

..... mehr als 3 Jahre

8. Wie sehr fühlten Sie sich vor Beginn der Therapie durch Ihre Schwierigkeiten beeinträchtigt?

..... äußerst stark

..... sehr stark

..... stark

..... mittel stark

..... wenig stark

9. Wie stark haben Sie sich Ihrer Meinung nach durch die Psychotherapie verändert?

..... überhaupt nicht

..... sehr wenig

..... etwas

..... stark

..... sehr stark

10. Litten Sie zur Zeit des Therapiebeginns unter Angsterlebnissen?

..... Ja

..... Nein

Wenn Ja, worin äußerte sich diese Angst?.....

.....

11. Wie stark war der innere Drang bei Ihnen, etwas gegen Ihre Schwierigkeiten zu unternehmen?

..... äußerst stark

..... sehr stark

..... etwas stark

..... relativ gering

..... sehr gering

..... äußerst gering

12. Hatten Sie vor Beginn der Psychotherapie einen Arzt aufgesucht?

..... Ja

..... Nein

13. Wie gut kommen Sie im Großen und Ganzen jetzt zurecht?

..... äußerst gut

..... sehr gut

..... gut

..... gleich gut wie schlecht

..... schlecht

..... sehr schlecht

Bitte nützen Sie den bleibenden Raum für weitere Bemerkungen, die Sie zum Verlauf der Therapie bzw zu Ihrem Verhältnis zu Ihrem Therapeuten machen können:.....

.....

.....

.....

.....

Code:..... Name:.....

Insgesamt ...-tes psychotherapeutisches Gespräch am .....19.....

Psychotherapeut in diesem Gespräch:.....

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zum heutigen psychotherapeutischen Gespräch - möglichst noch heute	3 ja, ganz genau	2 ja	1 eher ja	-1 eher im Gegenteil	-2 im Gegenteil	-3 ganz im Gegenteil
1. Pausen während unseres Gespräches haben mich belastet.	3	2	1	-1	-2	-3
2. Während des Gespräches - und auch jetzt noch - fühle ich mich körperlich entspannt.	3	2	1	-1	-2	-3
3. Durch die Zurückhaltung des Psychotherapeuten fühlte ich mich verunsichert.	3	2	1	-1	-2	-3
4. Im heutigen Gespräch erschienen mir einige meiner Probleme in neuem Licht.	3	2	1	-1	-2	-3
5. Nach dem heutigen Gespräch bin ich innerlich irgendwie ruhiger geworden.	3	2	1	-1	-2	-3
6. Ich fühlte mich gehemmt, dem Therapeuten alles zu sagen, was mich beschäftigt.	3	2	1	-1	-2	-3
7. Es fiel mir heute schwer, meine Empfindungen und Gedanken in Worte zu fassen.	3	2	1	-1	-2	-3
8. Ich sehe nach dieser Stunde dem kommenden Tag zuversichtlicher entgegen.	3	2	1	-1	-2	-3
9. So wie das Gespräch heute lief, hat es mich nicht befriedigt.	3	2	1	-1	-2	-3
10. Nach dieser Stunde bin ich eigentlich optimistischer, was die Lösung meiner Probleme angeht.	3	2	1	-1	-2	-3
11. Unser Gespräch war so intensiv, daß ich mich jetzt erschöpft fühle.	3	2	1	-1	-2	-3
12. Heute sind wir irgendwie weitergekommen.	3	2	1	-1	-2	-3
13. Nach diesem Gespräch fühle ich mich belasteter als in den Stunden vor dem Gespräch.	3	2	1	-1	-2	-3
14. Ich habe durch dieses Gespräch mehr Vertrauen zu mir selbst gewonnen.	3	2	1	-1	-2	-3

15. Im heutigen Gespräch sind wir auf neue Themen gekommen, die bisher noch keine Rolle spielten. Ja/Nein
16. Letzte Woche gab es außerhalb der Therapie Ereignisse, die mir halfen (falls "ja", bitte kurz angeben) Ja/Nein

TH - FB

Therapeut:..... Klient:.....

Insgesamt ...-ter Kontakt am .....19.....

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen unmittelbar im Anschluß an das heutige Gespräch, und zwar nach folgendem Beantwortungsmodus:

3	2	1	-1	-2	-3
ja, ganz genau	ja	eher ja	eher im Gegenteil	im Gegenteil	ganz im Gegenteil

1. Nach dieser Stunde fühle ich mich unbefriedigt.	3	2	1	-1	-2	-3
2. Das Gespräch heute drehte sich oft um dieselben Inhalte.	3	2	1	-1	-2	-3
3. Ich spürte, daß der Klient mir, bzw. dieser Form der Psychotherapie vertrauensvoll gegenüberstand.	3	2	1	-1	-2	-3
4. Die Haltung des Klienten mir gegenüber hat mich in meinem Verhalten verunsichert.	3	2	1	-1	-2	-3
5. Ich hatte das Gefühl, daß der Klient sich in seinen Einstellungen und Gefühlen sehr leicht beeinflussen ließ.	3	2	1	-1	-2	-3
6. Ich fühlte mich in der Beziehung zum Klienten sehr frei, wenig gezwungen und verhielt mich recht natürlich.	3	2	1	-1	-2	-3
7. Ich war heute so engagiert, daß ich mich wunderte, wie schnell die Zeit verging.	3	2	1	-1	-2	-3
8. Ich habe heute vom Klienten für meine Äußerungen oft Bestätigung erhalten.	3	2	1	-1	-2	-3
9. Nach diesem Gespräch bin ich bezüglich des Therapieausgangs eigentlich recht optimistisch.	3	2	1	-1	-2	-3
10. Ich hatte heute das Gefühl, daß der Klient noch mit etwas "hinter dem Berge zurückhielt".	3	2	1	-1	-2	-3
11. Ich fühlte mich dem Klienten irgendwie unterlegen.	3	2	1	-1	-2	-3
12. Ich hatte den Eindruck, daß der Klient heute wenig vorangekommen ist.	3	2	1	-1	-2	-3
13. Es fiel mir heute schwer, die Äußerungen des Klienten angemessen zu reflektieren.	3	2	1	-1	-2	-3

Wenn in Richtung "ja" beantwortet: Warum?
(Schildern Sie bitte kurz die Gründe, die Ihrem Eindruck nach wesentlich waren):

PSYCHOTHERAPEUTEN-BEURTEILUNG

Psychotherapeut:.....
Code:.....
Datum:.....

Wir bitten Sie im folgenden, Ihren oben angegebenen Psychotherapeuten so zu beurteilen, wie er Ihnen in der therapeutischen Gesprächssituation erschienen ist. Versuchen Sie bitte, Ihre spontanen Eindrücke wiederzugeben, indem Sie die entsprechende Kategorie der Beantwortungsmöglichkeiten ankreuzen, d.h.: beantworten Sie bitte die Feststellungen nach nur ganz kurzem Nachdenken über Ihre Eindrücke.

Die Beantwortungsmöglichkeiten sind:

+ 3: Ja, ich fühle ganz stark, daß es wahr ist
+ 2: Ja, ich fühle, daß es wahr ist
+ 1: Ja, ich fühle, daß es wahrscheinlich wahr ist, oder eher wahr als falsch
0: Ich weiß nicht, ich fühle, daß es wahr und falsch sein kann
- 1: Nein, ich fühle, daß es wahrscheinlich falsch ist, oder eher falsch als wahr
- 2: Nein, ich fühle, daß es falsch ist
- 3: Nein, ich fühle ganz stark, daß es falsch ist

1. Er wirkte ungezwungen und fühlte sich wohl in unserer Beziehung --- -- - 0 - -- ---
2. Er hatte echte Zuneigung zu mir --- -- - 0 - -- ---
3. Ich fühlte, daß er eine Rolle vor mir spielte --- -- - 0 - -- ---
4. Er wußte fast immer ganz genau, was ich meinte --- -- - 0 - -- ---

Beantwortungsmöglichkeiten:
+ 3: Ja, ich fühle ganz stark, daß es wahr ist
+ 2: Ja, ich fühle, daß es wahr ist
+ 1: Ja, ich fühle, daß es wahrscheinlich so ist
0: Ich weiß nicht, es kann wahr oder falsch sein
- 1: Nein, ich fühle, daß es wahrscheinlich falsch ist
- 2: Nein, ich fühle, daß es falsch ist
- 3: Nein, ich fühle ganz stark, daß es falsch ist

5. Er betrachtete das, was ich tat, von seinem eigenen Standpunkt aus --- -- - 0 - -- ---

6. Seine Gefühle mir gegenüber schienen immer gleichbleibend zu sein, gleichgültig wie ich ihm gegenüber eingestellt war --- -- - 0 - -- ---

7. Gewöhnlich spürte oder erkannte er, was ich fühlte --- -- - 0 - -- ---

8. Er wollte, daß ich eine bestimmte Art von Person bin --- -- - 0 - -- ---

9. Ich hatte den Eindruck, daß er mich ziemlich langweilig und uninteressant fand --- -- - 0 - -- ---

10. Manchmal glaubte er, daß ich auf eine bestimmte Art und Weise fühle, wie es seine Art ist zu fühlen --- -- - 0 - -- ---

11. Er mochte bestimmte Dinge an mir, und es gab andere, die er nicht mochte --- -- - 0 - -- ---

12. Er tat alles, was wichtig für unsere Beziehung war --- -- - 0 - -- ---

Beantwortungsmöglichkeiten:
+ 3: Ja, ich fühle ganz stark, daß es wahr ist
+ 2: Ja, ich fühle, daß es wahr ist
+ 1: Ja, ich fühle, daß es wahrscheinlich wahr ist
0: Ich weiß nicht, es kann wahr oder falsch sein
- 1: Nein, ich fühle, daß es wahrscheinlich falsch ist
- 2: Nein, ich fühle, daß es falsch ist
- 3: Nein, ich fühle ganz stark, daß es falsch ist

13. Er erkannte, was ich meinte, sogar wenn ich Schwierigkeiten hatte, es auszudrücken --- -- - 0 - -- ---

14. Manchmal fühlte er sich ganz und garnicht wohl in seiner Haut, aber er ging darüber hinweg und versuchte, sich nach außen nichts anmerken zu lassen --- -- - 0 - -- ---

15. Er verstand gewöhnlich alles, was ich meinte --- -- - 0 - -- ---

16. Er drückte seine wahren Gefühle und Eindrücke mir gegenüber aus --- -- - 0 - -- ---

17. Er war freundlich und voller Wärme zu mir --- -- - 0 - -- ---

18. Was ich ihm auch von mir erzählte, seine Gefühle mir gegenüber änderten sich nicht --- -- - 0 - -- ---

19. Er erfaßte genau, was die Dinge, die ich erlebte, für mich bedeuteten --- -- - 0 - -- ---

Beantwortungsmöglichkeiten: + 3: Ja, ich fühle ganz stark, daß es wahr ist
+ 2: Ja, ich fühle, daß es wahr ist
+ 1: Ja, ich fühle, daß es wahrscheinlich wahr ist
0: Ich weiß nicht, es kann wahr oder falsch sein
- 1: Nein, ich fühle, daß es wahrscheinlich falsch ist
- 2: Nein, ich fühle, daß es falsch ist
- 3: Nein, ich fühle ganz stark, daß es falsch ist

20. Bereitwillig drückte er mir gegenüber alles aus, was in ihm vorging, auch seine Gefühle sich selbst oder mir gegenüber	---	--	-	0	-	--	---
21. Ich hatte den Eindruck, daß er sich so verhielt, wie er ist	---	--	-	0	-	--	---
22. Gleich was ich dachte oder fühlte, seine Gefühle mir gegenüber änderten sich nicht	---	--	-	0	-	--	---
23. Manchmal empfand er Verachtung für mich	---	--	-	0	-	--	---
24. Er verstand mich	---	--	-	0	-	--	---
25. In seinen Gefühlen mir gegenüber schien er sich nicht zu verstellen	---	--	-	0	-	--	---
26. Ich fühle, daß er mich nicht anerkennt und meine ganze Art nicht billigt	---	--	-	0	-	--	---

Lebenslauf

Ich wurde am 11. 4. 1945 als Tochter des Kaufmanns Horst Wegert und seiner Ehefrau, der Volksschullehrerin Gerda Wegert, geb. Wegener, in Ostkilver (Kreis Herford) geboren.

Von 1951 - 1956 besuchte ich die Volksschulen in Ostkilver und Kirchlengern (ebenfalls Kreis Herford), danach das Städtische Mädchengymnasium in Bünde i. Westf.

Ab Sommersemester 1965 studierte ich an der Westfälischen Wilhelms-Universität zunächst Medizin und ab Sommersemester 1966 Psychologie. Meine Vordiplomprüfung in Psychologie legte ich im Sommersemester 1969, meine Hauptdiplomprüfung im Sommersemester 1971 ab.

Seit Oktober 1971 arbeitete ich zunächst als wissenschaftliche Hilfskraft in der Klinischen Abteilung des Psychologischen Instituts der Universität Münster. Seit März 1974 verwalte ich hier die Stelle einer wissenschaftlichen Assistentin. Vom Sommersemester 1973 bis zum Sommersemester 1974 hatte ich zusätzlich einen Lehrauftrag für Gesprächspsychotherapie an der Universität Bonn übernommen.

Die Hauptgebiete meiner Tätigkeit lagen bisher im Bereich der psychologischen Studentenberatung und der Ausbildung und Forschung im Bereich der Gesprächspsychotherapie.